

GENEESMIDDELENVERSLAVING

Gevalideerd door CEBAM in januari 2009

AUTEURS

P. CHEVALIER, M. DEBAUCHE, P. DEREAU, D. DURAY,
J. GAILLY, D. PAULUS, M. VANHALEWYN

INLEIDING	S101
Probleemstelling	S101
Epidemiologische gegevens	S102
Doel van de aanbeveling	S102
DEFINITIES EN BEGRIPPEN	S102
Verslaving	S102
Oneigenlijk gebruik	S102
Afhankelijkheid	S103
Grade-instrument	S103
AANBEVELING	S103
Beïnvloedende factoren	S103
Evaluatie van de patiëntverwachtingen	S105
Complicaties	S106
Evaluatie van geneesmiddelenmisbruik	S107
Diagnose	S107
Klinische benadering	S109
Behandeling	S110
Interventies van de overheid	S111
Geïntegreerde zorgverlening	S111
Voortgezette opleiding voor artsen	S111
Opvolging	S111
Preventie	S111
KERNBOODSCHAPPEN	S112
TOTSTANDKOMING	S113
Auteurs	S113
Methodologie	S113
Financiering	S113
NOTEN	S114

GENEESMIDDELENVERSLAVING

Gevalideerd door CEBAM in januari 2009

P. CHEVALIER, M. DEBAUCHE, P. DEREAU, D. DURAY, J. GAILLY, D. PAULUS, M. VANHALEWYN

OMSCHRIJVING

Deze aanbeveling is een vertaling van de SSMG-aanbeveling: Recommendations de bonne pratique: assuétudes aux médicaments. Brussel: SSMG, 2009. Voor meer details en de totstandkoming van deze aanbeveling verwijzen we naar de originele publicatie: www.ssmg.be/new/files/RBP_Assuetude.pdf
Deze aanbeveling wordt als volgt omschreven: Chevalier P, Debauche M, Dereau P, Duray D, Gailly J, Paulus D, Vanhalewyn M. Aanbeveling voor goede medische praktijkvoering: Geneesmiddelenverslaving. Huisarts Nu 2011;40:S101-S117.

AUTEURS

P. Chevalier, M. Debauche, P. Dereau, D. Duray, J. Gailly, D. Paulus, M. Vanhalewyn, huisartsen verbonden aan de Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG), Brussel.

INBRENG VAN DE PATIËNT EN AFWEGING DOOR DE HUISARTS

Aanbevelingen voor goede medische praktijk zijn richtinggevend als ondersteuning en houvast bij het nemen van diagnostische of therapeutische beslissingen in de huisartsgeneeskunde. Zij vatten voor de huisarts samen wat voor de gemiddelde patiënt wetenschappelijk gezien het beste beleid is. Daarnaast is er de agenda van de patiënt, die een gelijkwaardige partner is bij het nemen van beslissingen. Daarom verheldert de huisarts de vraag van de patiënt door een gepaste communicatie en geeft informatie over alle aspecten van de mogelijke beleidsopties. Het kan dus voorkomen dat huisarts en patiënt samen verantwoord en beredeneerd een andere beste keuze maken. Om praktische redenen komt dit uitgangspunt niet telkens opnieuw in de aanbevelingen aan de orde, maar wordt het hier expliciet vermeld.

INLEIDING

Probleemstelling

Geneesmiddelenverslaving vormt een probleem voor de volksgezondheid. Tal van actoren zijn betrokken: ziekenhuizen, apothekers, de patiënten zelf en op de eerste plaats ook de huisartsen. Zij schrijven immers de middelen voor waaraan patiënten op termijn verslaafd kunnen geraken. De huisarts speelt ook een essentiële rol bij de opsporing, diagnose en behandeling van verslaving.

De term 'verslaving' wordt hier gedefinieerd als een dwangmatige fysieke en psychische drang om een of meerdere middelen te gebruiken, ongeacht de schadelijke gevolgen ervan. Deze definitie wordt verder uitvoerig besproken, net zoals andere daarmee verbonden begrippen (tolerantie, misbruik, afhankelijkheid). Niet alleen grote gebruikers van geneesmiddelen kunnen verslaafd geraken. Zo toonde een Duits onderzoek aan dat zelfs de gebruikers van benzodiazepines in lage dosis ook een vorm van geneesmiddelenafhankelijkheid vertonen¹.

Deze problematiek gaat België erg aan, omwille van het aanzienlijke gebruik van bepaalde geneesmiddelenklassen zoals benzodiazepines en analgetica². Helaas is de omvang van het fenomeen van geneesmiddelenverslaving in ons land uitermate moeilijk te kwantificeren. Over geneesmiddelenverslaving zijn er geen Belgische gegevens beschikbaar, ook niet volgens de geraadpleegde deskundigen. Een van de verklaringen hiervoor is wellicht dat het in het kader van epidemiologisch onderzoek moeilijk is om een werkbare definitie te formuleren voor het fenomeen van verslaving. Deze middelen zijn bovendien maatschappelijk relatief goed aanvaard. Anderzijds worden vele middelen die tot verslaving kunnen leiden niet terugbetaald en zijn ze dus niet geregistreerd in Farmanet.

Nochtans vormen de kwalijke complicaties van geneesmiddelenverslaving een belangrijke uitdaging voor de Belgische gezondheidszorg. De effecten van het geneesmiddel zelf kunnen gevaarlijk zijn, zoals sedatie en geheugen- en concentratiestoornissen bij inname van benzodiazepines. Ook acute ontwenningreacties (zoals angst) kunnen optreden na stopzetten van het geneesmiddel³. Ten slotte kent het onjuiste gebruik van geneesmiddelen een hoge kostprijs, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij.

De aanpak van geneesmiddelenverslaving vereist een bewustwording van de patiënten en artsen-voorschrijvers. Artsen zeggen de toename van afhankelijkheid, misbruik en oneigenlijk gebruik van geneesmiddelen gewaar te worden. Volgens een Franse enquête verklaart 94% van de huisartsen met de

Disclaimer Deze aanbeveling valt onder de redactionele verantwoordelijkheid van de Société Scientifique de Médecine Générale.

Het opstellen van dit document is een werk van lange adem geweest waaraan de uiterste zorg is besteed. Desondanks kan Domus Medica u geen perfect resultaat garanderen, en is Domus Medica, behalve in geval van bedrog of opzettelijke fout, niet (mede)aansprakelijk voor eventuele onvolledigheden of onjuistheden, noch voor eventuele schade, overlast of ongemakken van welke aard dan ook die het gevolg zouden zijn van het gebruik, op welke wijze dan ook, van dit document. Domus Medica is evenmin (mede)aansprakelijk voor op dit document en/of de daarin opgenomen informatie gebaseerde beslissingen, handelingen of nalatigheden. Dit document heeft enkel een informatieve waarde. Aan de inhoud ervan kunnen bijgevolg op geen enkele wijze rechten of plichten ontleend worden. Dit document mag evenmin worden gezien als een vervanging van een professioneel oordeel door iemand met de daartoe vereiste kwalificaties, kennis en bekwaamheid. Incorrecte gegevens of tekortkomingen geven geen recht op een financiële compensatie.

De vermelding van bepaalde rechtspersonen of producten betekent geenszins dat deze worden aanbevolen boven andere gelijkaardige bedrijven of producten. Indien verwezen wordt naar informatie verspreid door een derde, is Domus Medica niet aansprakelijk voor de informatie verspreid door deze derde. De volledige inhoud van dit document wordt beheerst door het Belgische recht en kan enkel aan de bevoegdheid van de Belgische rechtbanken worden onderworpen.

situatie geconfronteerd te zijn, van wie 80% meer dan een keer per week ⁴. De vraag is nu in welke mate deze perceptie ook overeenstemt met de reële omvang van het probleem.

Epidemiologische gegevens

Er zijn weinig gegevens bekend over afhankelijkheid. Een Nederlands onderzoek bestudeerde de prevalentie van afhankelijkheid bij gebruikers van benzodiazepines in een kleine studiepopulatie (n=115) van patiënten die door een huisarts of psychiater werden gevolgd (n=124) ⁵. Belangrijkste inclusie-criterium was benzodiazepinegebruik minstens eenmaal per week. De gemiddelde duur van gebruik in de psychiatrie bedroeg 40 maanden, in de huisartspopulatie was dat 88 maanden. Volgens de auteurs duidt dit op een voorschriften-transfer van de psychiatrie naar de huisartsgeneeskunde. De prevalentie van afhankelijkheid werd op 40% geraamd bij huisartspatiënten en op 67% bij psychiatriepatiënten.

De Belgische gegevens beperken zich tot een schatting van het gebruik van producten die tot verslaving kunnen leiden. De gegevens van de gezondheidsenquête 2004 brengen verduidelijking over het gebruik van analgetica en benzodiazepines: respectievelijk 5,6% en 4,5% van de ondervraagden verklaarden de laatste 24 uur analgetica en benzodiazepines te hebben genomen ⁶. Vrouwen nemen deze geneesmiddelen vaker. Het verbruik stijgt ook met de leeftijd. Nog volgens de gezondheidsenquête hadden meer dan 20% van de vrouwen en 10% van de mannen (>75 jaar) de laatste 24 uur benzodiazepines genomen; er worden weinig instructies gegeven over hoe benzodiazepines moeten worden ingenomen. Een verandering van indicatoren maakt de vergelijking met vorige gezondheidsenquêtes moeilijk. Tussen 1997 en 2001 werd nochtans een significante stijging vastgesteld van het gebruik van slaapmiddelen, terwijl dit voor analgetica en tranquilizers stabiel bleef.

Ook Frankrijk behoort tot de grootste benzodiazepinegebruikers in Europa ⁷. In de jaren '90 van vorige eeuw had 25% tot 30% van de Franse volwassenen in het jaar daarvoor minstens een keer een benzodiazepine genomen, en van hen nam 25 tot 30% het langdurig. Verkoopcijfers tonen een stijging van 8% in de verkoop van hypnotica tussen 1991 en 1997. De 'Caisse nationale d'Assurance-Maladie' bracht aan het licht dat 15% van de voorschriften door huisartsen minstens een tranquilizer bevatte en 7% een hypnoticum.

Een bevolkingsstudie uit 1990 toont dat 10 tot 15% van de respondenten het jaar voordien zijn toevlucht nam tot benzodiazepines; van hen was er 2% chronisch gebruiker ⁸. Deze prevalentie ligt hoger dan in de subgroepen van patiënten die ook alcohol of andere middelen gebruiken.

Een Italiaans onderzoek in de huisartsgeneeskunde toont een prevalentie van 14% voor benzodiazepinesgebruik. Bij 4,7% van de patiënten duurt het gebruik langer dan 12 maanden ⁹. Net zoals in de Belgische enquête ligt het gebruik hoger bij ouderen en bij minder opgeleide mensen. Er werd echter geen enkel significant verschil gezien tussen mannen en vrouwen.

Een meta-analyse toont dat in een populatie van patiënten met chronische rugpijn, waarin 3 tot 6% opiatengebruik, er in 3 tot 43% van de gevallen misbruik van deze geneesmiddelen wordt vastgesteld ¹⁰.

Ten slotte raamt een onderzoek dat verslaving in de Verenigde Staten goed is voor 20 tot 50% hospitalisaties, 15 tot 30% consultaties bij de huisarts en meer dan de helft psychiatrische pathologieën: patiënten met angst- en aandachtsstoornissen hebben een grotere kans op het ontwikkelen van een verslaving ¹¹.

Doel van de aanbeveling

Deze aanbeveling is een referentie-instrument voor huisartsen die worden geconsulteerd door volwassen patiënten die tekenen vertonen van geneesmiddelenverslaving. Ze behandelt volgende kwesties:

- Welke factoren vergroten de kans op het ontwikkelen van geneesmiddelenverslaving?
- Wat zijn de medische en psychosociale risico's verbonden aan geneesmiddelenverslaving?
- Hoe evalueren we geneesmiddelenverslaving (in termen van opsporing en diagnostische criteria)?
- Wat is de optimale behandeling volgens gebruikt geneesmiddel?
- Bestaan er preventieve maatregelen, en zo ja, hoe efficiënt zijn ze?

Deze aanbeveling legt de nadruk op de verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts met betrekking tot de problematiek van verslaving aan geneesmiddelen op voorschrift, vooral de psychotropen (sedativa, tranquilizers, antidepressiva, anti-psychotica) en analgetica, en onderstreept het belang van een multidisciplinaire samenwerking.

Het gebruik van aanbevelingen als referentie op juridisch vlak, vooral met betrekking tot voorschriften, is onderwerp van debat.

DEFINITIES EN BEGRIPPEN

Verslaving

De term 'verslaving' wordt hier gedefinieerd als een dwangmatige fysieke en psychische drang om een of meerdere middelen te gebruiken, ongeacht de schadelijke gevolgen ervan. De persoon verliest de controle over de situatie, en wordt er slaaf van.

Echter in de literatuur worden verschillende definities gehanteerd en deze stemmen niet altijd overeen. We hebben ons dus beperkt tot de door internationaal erkende organismen voorgestelde definities, die de huisarts in zijn praktijk kunnen ondersteunen. Als referentiebasis gebruikten we de door de WGO gepubliceerde documenten, de definities in de DSM-IV en een document van het Franse Haute Autorité de la Santé uit 2007 ^{12,13}.

Oneigenlijk gebruik

Het verschil met normaal gebruik is dat er bij oneigenlijk gebruik fysieke, psychische of sociale schade bestaat. Dit wordt ook

‘misbruik’ of ‘schadelijk gebruik’ genoemd¹⁴. De situatie is nog omkeerbaar en de persoon is niet afhankelijk.

Afhankelijkheid

De Internationale classificatie van ziekten (CIM-10, ICD-10 in het Engels) stelt afhankelijkheid voor als de uiting van minstens drie hierna genoemde symptomen over een periode van een jaar, die minstens een maand hebben aangehouden of herhaaldelijk optreden:

- een dwingend verlangen om het product te gebruiken,
- moeite om het gebruik onder controle te houden,
- het optreden van een ontwenningssyndroom bij stopzetting of vermindering van de doses of het nemen van het product om een ontwenningssyndroom te vermijden,
- tolerantie voor de effecten (verhoging van de doses om een gelijkaardig effect te bereiken),
- een globale onverschilligheid voor alles wat niet met het product of het zoeken ernaar te maken heeft,
- het voortzetten van het gebruik ondanks het besef van de problemen dat dit met zich meebrengt¹⁵.

DSM-IV beschouwt afhankelijkheid als onjuiste gebruik van een middel, dat gepaard gaat met een klinisch significante ontreddeering of functiestoornis. Dit uit zich in het optreden van verschillende symptomen. Het ontwikkelen van afhankelijkheid is geassocieerd aan neurobiologische veranderingen zoals

- een versterkende cirkel door een beloningsproces (reward),
- een cirkel waarin het gedrag terugkeert door een proces van herkenning van het middel, zelfs na ontwenning (craving),
- een gedragscirkel van dwingend zoeken naar het middel (drug-seeking)¹⁶.

Grade-instrument

De graad van aanbeveling geeft de mate aan waarin men zeker kan zijn dat het volgen van de aanbeveling meer goed dan kwaad zal doen; het is een afweging tussen de mogelijke voordelen ten opzichte van de nadelen, risico's en kosten (graad 1 of 2= sterk of zwak aanbevolen op basis van voornoemde argumenten), gecombineerd met de sterkte van de bewijskracht van de studies waarop de aanbeveling stoelt (A=hoog, B=matig of C=laag)¹⁷.

In deze aanbeveling werd een niveau van bewijskracht vermeld bij alle studies die een minimaal niveau van bewijskracht hadden volgens de Grade-classificatie (C). Voor de kernboodschappen werd een Grade-score aangegeven.

AANBEVELING

Beïnvloedende factoren

Er zijn verschillende factoren die – soms gelijktijdig – de kans op geneesmiddelenmisbruik kunnen vergroten: situaties of pathologieën, geneesmiddeleigenschappen, karakteristieken van de patiënt of van de voorschrijvende arts.

Risicosituaties

Welke situaties of pathologieën waarvoor geneesmiddelen worden voorgeschreven, kunnen tot verslaving leiden?

Algemeen

Slaapstoornissen, psychiatrische stoornissen, chronische pijn, chronische somatische problemen liggen meestal aan de basis van het voorschrift dat tot geneesmiddelenmisbruik leidt¹⁸.

Opiaten voor chronische rugpijn¹⁹

Patiënten met chronische rugpijn vormen een risicopopulatie. Terwijl het kortetermijngebruik van opiaten de pijn kan verlichten, is het effect van langdurig gebruik van opiaten (≥ 16 weken) zoals analgetica niet bewezen (geen verschil versus placebo). In een onderzoek vertoonde 5 tot 24% van studiepopulatie afwijkend gebruiksgedrag van de lopende behandeling met opiaten²⁰. Van de patiënten met chronische rugpijn die met opiaten werden behandeld, had 36 tot 56% een persoonlijke geschiedenis van geneesmiddelenafhankelijkheid.

Opiaten in geval van antecedenten van afhankelijkheid²¹

Een voorgeschiedenis van afhankelijkheid wordt eveneens beschouwd als een risicofactor. Uit de meeste studies over opiaten bij niet door kanker veroorzaakte pijn, worden patiënten met een anamnese van afhankelijkheid (alcohol of geneesmiddelen) uitgesloten.

Risicogeneesmiddelen

Geneesmiddelen betrokken bij geneesmiddelenmisbruik

Geneesmiddelen betrokken bij geneesmiddelenmisbruik zijn vooral geneesmiddelen met stimulerende, sedatieve, kalmerende werking, evenals pijnstillers. Zij beïnvloeden de stemming. Deze met een snel en hevig effect (onder andere hydrocodon, oxycodon, alprazolam) worden het vaakst genoemd bij geneesmiddelenmisbruik²².

Analgetica zijn de geneesmiddelen die het vaakst tot misbruik kunnen leiden. Volgens de gegevens van het National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA) worden ze op de voet gevolgd door tranquilizers, stimulantia en sedativa²³.

Het potentiële misbruik van analgetica lijkt heel variabel. Een onderzoek dat het verslavingsrisico van tramadol vergeleek met dat van een niet-steroidaal anti-inflammatoir middel (NSAID) en dat van hydrocodon toonde een lager misbruikpercentage met NSAID en tramadol (minstens één evaluatie van misbruik van respectievelijk 2,5% en 2,7% op twaalf maanden gebruik) versus hydrocodon (4,9%) in een overwegend vrouwelijke populatie²⁴. De kans op misbruik met tramadol is nochtans zeker^{25,26}.

Ontwenningverschijnselen bij antidepressiva

Hoewel de eerste observaties van ontwenningverschijnselen bij stoppen van antidepressiva dateren van 1961, heeft men meer dan 30 jaar nodig gehad om deze informatie breed te verspreiden. Dit probleem bestaat bij alle antidepressiva, maar de fysieke afhankelijkheid van patiënten op SSRI blijkt ernstiger te zijn. Afhankelijkheid betekent voor de patiënt dat hij grote moeilijkheden heeft om de medicatie te stoppen, zelfs al bestaat er geen gewenning, is er geen sprake van nastreven van genot of van craving²⁷. Andere bronnen

benadrukken eerder ontwenningssverschijnselen die kunnen optreden bij stopzetten van het antidepressivum, wanneer een dosis wordt vergeten, of wanneer occasioneel de dosis wordt verlaagd^{28,29}.

Alle antidepressiva kunnen ontwenningssverschijnselen veroorzaken³⁰

Wanneer de dosis niet progressief wordt afgebouwd, kunnen ontwenningssverschijnselen optreden in 86% van de gevallen binnen de vier dagen, en in 93% van de gevallen binnen de week na stoppen van de behandeling³¹.

De frequentie van de ontwenningssverschijnselen hangt af van de dosis, de behandelingsduur (zelden onder de 5 weken), de halfwaardetijd, en van het feit of het een kind of een boreling (impregnatie gedurende de zwangerschap) betreft³².

De symptomen zijn ernstiger met de niet selectieve monoamineoxidase-inhibitoren (IMAO), dan met de tricyclische antidepressiva (TCA), de serotonineheropnameremmers (SRI), de noradrenalineheropnameremmers (SNRI) en de specifieke serotonineheropnameremmers (SSRI).

Ontwenningssverschijnselen bij antipsychotica

Publicaties over ontwenningssverschijnselen bij antipsychotica zijn zeldzaam. Een literatuuroverzicht besluit tot mogelijk optreden van acute of chronische motorische of andere symptomen³³. Deze observaties betreffen de oudere neuroleptica zoals metoclopramide, chlorpromazine, perfenazine, trifluoperazine.

Ontwenningssverschijnselen bij antipsychotica werden eveneens opgemerkt bij overschakeling van klassieke naar atypische antipsychotica met volgende symptomen: opnieuw optreden of verergering van de psychose na een te snelle dosisvermindering, rebound van een dyskinesie, van een dystonie, van een akathisie, insomnia, agitatie, rebound van parkinsonisme, vertigo, beven, akinesie, bradykinesie³⁴.

Classificatie van risico(genees)middelen

Sinds 1970 klasseert de 'Controlled Substances Act' in de VS alle (genees)middelen volgens hun therapeutisch belang, hun

potentiële misbruik en hun relatieve veiligheid. Deze classificatie wordt opgenomen in tal van publicaties over geneesmiddelenmisbruik. Zo kunnen de geneesmiddelen met risico op potentieel misbruik ingedeeld worden in klassen II, III, IV en V (zie tabel 1)³⁵.

Voorschriftplichtige geneesmiddelen met niet-rechtstreekse indicatie³⁶

Sommige patiënten gebruiken voorschriftplichtige geneesmiddelen niet voor de indicatie waarvoor ze werden voorgeschreven. Er bestaan verschillende factoren die het verkrijgen en/of voorschrijven van deze geneesmiddelen beïnvloeden, waaronder het gedrag van de patiënt en/of het gedrag van de voorschrijver. Daarbij komt nog diefstal van geneesmiddelen bij artsen of apothekers, voor persoonlijk gebruik of voor de bevoorrading van een 'parallele' illegale markt.

Labeleffect van voorschriftplichtige geneesmiddelen

In de hierboven vermelde classificatie van geneesmiddelen (of middelen) die een misbruikrisico inhouden, zitten in klasse I middelen die geen gevalideerde therapeutische indicaties hebben. Als de 'Food and Drug Administration' of de 'European Medicines Agency' een vergunning geeft om geneesmiddelen van klasse II tot V op de markt te brengen, dan krijgt de consument een label, een garantie waarover de illegale geneesmiddelen in klasse I niet beschikken. Zo krijgt de consument ten onrechte het idee dat misbruik van dergelijke geneesmiddelen minder gevaarlijk is dan dat van illegale geneesmiddelen³⁷.

Risicopatiënten

Zijn er behalve bepaalde, meer risicovolle situaties ook bepaalde patiënten die meer geneigd zijn om een verslaving te ontwikkelen aan geneesmiddelen die hen worden voorgeschreven?

Een prospectief onderzoek bij een grote Britse populatie (1,4 miljoen patiënten) met opvolging gedurende zes jaar van 3969 personen met geneesmiddelenmisbruik en een psychiatrische aandoening (psychose, schizofrenie, paranoïa, neurose, per-

Tabel 1: Indeling van geneesmiddelen met risico op potentieel misbruik.

I.	Hoog potentieel misbruik en afwezigheid van aanvaardbare medische indicaties.	Heroïne, marihuana, LSD, mescaline.
II.	Hoog potentieel misbruik en erkende medische maar strikt beperkte indicatie; middelen die tot een psychische of fysieke afhankelijkheid kunnen leiden.	Morfine, codeïne, methadon, oxycodon, hydromorfon, meperidine, fentanyl, cocaïne, amfetamines, dronabinol, secobarbital.
III.	Erkende medische indicaties. Lager potentieel misbruik dan die van klasse II.	Paracetamol, codeïne, buprenorfine.
IV.	Erkende medische indicatie. Laag potentieel misbruik.	Propoxyfen, pentazocine, fentermine, fenobarbital, benzodiazepines.
V.	Erkende medische indicatie.	Geneesmiddelen die kleine hoeveelheden opiaatderivaten of stimulantia bevatten, zoals in hoeststillende bereidingen en anti-diarreïca, die vaak zonder voorschrift verkrijgbaar zijn.

soonlijkeheidsstoornis, andere stoornis) onderzocht het verband tussen beide stoornissen³⁸. Een klein aandeel psychiatrische stoornissen kon toegeschreven worden aan geneesmiddelenmisbruik, terwijl een aanzienlijk grotere proportie geneesmiddelenmisbruik mogelijk kon worden toegeschreven aan een psychiatrische aandoening. Het relatieve risico van geneesmiddelenmisbruik bij patiënten met een psychiatrische aandoening in vergelijking met patiënten zonder, bedraagt 2,09 (95%-BI: 1,99-2,22) in deze populatie met lage incidentie van geneesmiddelenmisbruik (0,37%).

Vele auteurs trachten een profiel of bepaalde kenmerken te beschrijven die herkenbaar zijn bij patiënten die geneesmiddelenmisbruik vertonen. De publicaties zijn vooral opinies van auteurs, zonder externe referenties. De beschreven kenmerken zijn: patiënten die meer bezig zijn met hun medicatie dan met de pijnklacht zelf; patiënten die meteen al tal van bijwerkingen melden bij eerstekeuzegeneesmiddelen met een lager potentieel misbruik; patiënten die geen generische middelen willen nemen; patiënten die bijkomend onderzoek of elke raadpleging weigeren; patiënten met een grondige kennis van middelen; patiënten die verklaren dat de arts de enige is die hem kan helpen; patiënten die beweren dat ze hun voorschrift zijn verloren³⁹.

Een universitair pijnbehandelingscentrum werkte een lijst uit met vijf criteria (zie tabel 2) om niet-gerechtvaardigd voorschriften voor opiaten door patiënten met chronische pijn te detecteren, al naar gelang de kenmerken van de patiënt. Deze lijst toont – in de voornoemde context – een goede interexaminatorcorrelatie voor het aantonen van een misbruikprobleem⁴⁰.

Sommige patiënten bewandelen andere wegen om de nodige voorschriften te verkrijgen voor het geneesmiddel dat ze oneigenlijk gebruiken: wettelijk verkregen voorschriften door eenzelfde patiënt bij meerdere voorschrijvers, valse verklaringen van de patiënt aan de arts, vervalsing van voorschriften⁴¹.

Tabel 2: Vijf criteria voor detectie van niet-gerechtvaardigde voorschriften voor opiaten voor patiënten met chronische pijn.

- 1 De patiënt vertoont een allesoverheersende fixatie om zijn toevlucht te nemen tot opiaten tijdens consultaties in de pijnkliniek, zonder zich te interesseren voor alternatieven die hem worden voorgesteld om zijn pijn te behandelen. Dit gedrag houdt minstens de eerste drie consultaties aan.
- 2 De patiënt neemt nog meer zijn toevlucht tot zijn opiatenbehandeling en tot de gekregen voorschriften, zelfs al is er geen acute verandering van zijn medisch probleem.
- 3 De patiënt belt of komt vaak op raadpleging voor extra voorschriften.
- 4 De patiënt meldt vaak het verlies van voorschriften of het verlies of de diefstal van zijn geneesmiddelen.
- 5 De patiënt neemt zijn toevlucht tot andere bronnen om opiaten te verkrijgen dan die in het kader van zijn raadpleging in de pijnkliniek werden voorgesteld: andere voorschrijvers, voorschriften van spoedconsultaties, gebruik van middelen buiten het wettelijke kader van het medisch voorschrift.

Risicoartsen

De 'American Medical Association' beschreef vier redenen ('the four Ds' voor Dated, Duped, Dishonest en Disabled) die een arts ertoe aanzetten om te veel geneesmiddelen voor te schrijven die patiënten oneigenlijk kunnen gebruiken⁴²:

- De keuze van een in onbruik geraakte behandeling (Dated) door een gebrek aan kennis van de farmacologie, de differentiaaldiagnose, de behandeling van pijn, angst, slapeloosheid en verslaving, kan een eerste reden zijn voor een onaangepast voorschrift.
- De tweede (Duped) is de bedrogen goede trouw van de voorschrijver, die werd opgeleid om een open en eerlijke relatie te hebben met zijn patiënten, en die dus bijzonder kwetsbaar is ten opzichte van een patiënt-manipulator.
- De derde (Dishonest) is de omkoopbaarheid. In deze zeldzame gevallen worden disciplinaire en juridische sancties opgelegd.
- De vierde (Disabled) is de ongeschiktheid. Het gaat hier om artsen met persoonlijke medische of psychiatrische problemen, zoals een geneesmiddelenafhankelijkheid of een persoonlijkheidsstoornis, waardoor ze hun houding niet aanpassen ten aanzien van de patiënt die geneesmiddelen oneigenlijk gebruikt.

Aanbeveling

Verskillende factoren kunnen – soms tegelijkertijd – de kans op geneesmiddelenmisbruik vergroten: situaties of pathologieën, eigenschappen van het geneesmiddel, kenmerken van de patiënt of van de arts-voorschrijver.

De gezondheidsproblemen aan de basis van het voorschrift dat tot geneesmiddelenmisbruik leidt, zijn meestal slaapproblemen, psychiatrische stoornissen, chronische pijn, chronische somatische problemen.

Analgetica lijken het grootste aandeel te vormen van de geneesmiddelen die tot misbruik kunnen leiden; ze worden gevolgd door tranquilizers, stimulantia en sedativa.

Van deze geneesmiddelen worden de middelen met een snel en zeer sterk effect (onder andere hydrocodon, oxycodon, alprazolam) het meest genoemd in kader van geneesmiddelenmisbruik.

Het potentiële misbruik van analgetica lijkt heel variabel.

Tal van auteurs beschrijven specifieke kenmerken van patiënten die geneesmiddelen oneigenlijk gebruiken.

De American Medical Association beschreef vier redenen ('the four Ds' voor Dated, Duped, Dishonest en Disabled) die een arts ertoe aanzetten om te veel geneesmiddelen voor te schrijven die patiënten oneigenlijk kunnen gebruiken.

Evaluatie van de patiëntverwachtingen

Een systematische literatuurstudie vermeldt drie studies die de verwachtingen van consumenten van benzodiazepines evalueren⁴³. Twee studies rapporteren het gedrag en verwachtingen van benzogebruikers voor stopzetten van de behandeling. De eerste toont dat de winst ervaren door benzogebruik ($p < 0,05$),

de gepercipieerde ernst van de ziekte (snel ziek worden, ernst van de ziekte, verwachte therapeutische winst), en de behandelingskost ($p < 0,001$) belangrijke factoren zijn in de verandering in gebruik op zes maanden⁴⁴. Nochtans zijn de effecten van de relevantie van het voorschrift, van het waarschuwen voor de gevaren van het product, elementen die aanwezig zijn bij inclusie en na twee weken behandeling, na zes maanden volledig verdwenen.

Een cohortstudie vergelijkt de kenmerken van benzogebruikers (lage dosis en op lange termijn) die bereid zijn hun benzogebruik gedurende drie weken te stoppen, met die van de weigeraars⁴⁵. Men observeerde dat de weigeraars meer klachten hadden, weinig voldoening, en zeer gehecht waren aan hun medicatie. De evaluatie van de weigeraars toonde dat ondanks de beperkte verwachte winst, zij van oordeel waren dat zij het geneesmiddel nodig hadden, zelfs dat zij niet zonder zouden kunnen. Belanger vergelijkt de kenmerken van benzogebruikers (lage dosis en op lange termijn) die bereid zijn hun benzogebruik gedurende drie weken te stoppen, met die van de weigeraars⁴⁶. Na de bevraging meenden de onderzoekers (exploratietoets) dat acht items de meest relevante waren om te achterhalen of de patiënt met betrekking tot het item bezorgd was, vond dat het verergerde of verbeterd bij stoppen of bij voorzetten van de behandeling. Het betrof volgende items: in staat zijn om zich te ontspannen, zenuwachtig zijn, in staat zijn om zich beter te concentreren, een goed geheugen hebben, angst hebben, ongeduldig zijn met mensen, in vorm zijn, in staat zijn om te relaxeren.

Complicaties

Medische complicaties

De schadelijke effecten van geneesmiddelenafhankelijkheid zijn aanhoudende slapeloosheid, geheugenstoornissen, intoxicatie door overdosering, verminderde functionele bekwaamheden⁴⁷. Andere medische complicaties zijn irritabiliteit, apathie, angst en depressie. Het optreden van een fysieke en psychische afhankelijkheid vormt een ernstige belemmering voor de behandeling van verslaving.

Ontwenningverschijnselen met benzodiazepines

Een synthese van de literatuur over symptomen na stoppen van benzogebruik vermeldt volgende symptomen⁴⁸:

- Milde: angst, zenuwachtigheid, slapeloosheid, irritabiliteit, vermoedheid, dysforie, diaforesis, duizeligheid, metaalsmaak in de mond, agitatie, ongeduld, spierzwakte of -stijfheid, diarree, lethargie, concentratiestoornissen, gebrek aan eetlust, concentratiegebrek, overgevoeligheid aan geluiden en reuk.
- Ernstige: duizelingen, nausea, braken, beven, fasciculaties, nachtmerries, orthostatische hypotensie, tachycardie, palpitations, delier, depersonalisatie, vervorming van het zicht, gebrekkige of geen motorische coördinatie, verwardheid, stuip trekkingen (zeldzaam).

Bij ouderen zijn de meest voorkomende symptomen verwardheid en desoriëntatie met of zonder hallucinaties.

Ontwenningverschijnselen met antidepressiva

De meest beschreven ontwenningverschijnselen met tricyclische antidepressiva zijn maag-darmstoornissen, griepsymptomen, symptomen van moeheid, angst en agitatie, nachtmerries en slaapproblemen. Stoornissen in de motoriek (bijvoorbeeld akathisie) en het gedrag kunnen eveneens voorkomen⁴⁹. De ontwenningverschijnselen die gewoonlijk voorkomen met SSRI zijn: angst, irritabiliteit, pseudogrippaal syndroom (rinorree, myalgieën, zich niet goed voelen, braken, diarree, rillingen), moeheid, nachtmerries, slapeloosheid, duizelingen, nausea, hoofdpijn, en sensorische stoornissen⁵⁰.

Ook bij stopzetten van venlafaxine werden soms ernstige symptomen gerapporteerd: slaapproblemen, maag-darmstoornissen, grippaal syndroom, hoofdpijn, vertigo, nausea, diarree, lipothymieën en gevoel van elektroshocks. Zeldzame gevallen van convulsies werden eveneens geobserveerd⁵¹.

Er zijn enkele gevallen waarbij men ontwenningverschijnselen (voornamelijk convulsies) vermoedt bij borelingen, geassocieerd aan het gebruik van SSRI door de moeder tijdens de zwangerschap⁵².

De differentiaaldiagnose van ontwenningverschijnselen kan die zijn van herval met opnieuw opdruken van depressieve of pseudogrippale symptomen⁵³.

Ontwenningverschijnselen met neuroleptica

Ontwenningverschijnselen met (klassieke) neuroleptica kunnen acute (dystonie, dyskinesie, akathisie) of chronische (dyskinesie of akathisie) motorische symptomen of andere acute (nausea, insomnia, angst, paresthesieën, thermoregulatiestoornissen, hyperalgie) of chronische symptomen (dystymieën, concentratiestoornissen) teweegbrengen⁵⁴.

Ontwenningverschijnselen bij het overschakelen van klassieke naar atypische antipsychotica geven volgende symptomen: opnieuw optreden of verergering van de psychose na te snel reduceren van de dosis, reboundeffect of optreden van dyskinesie, rebound van de dystonie, de akathisie, slapeloosheid, agitatie, rebound van parkinsonisme, vertigo, beven, akinesie, bradykinesie⁵⁵.

Ontwenningverschijnselen met opiaten

Het stoppen van opiaten is verantwoordelijk voor een gevoel van zwakte, gelijkaardig aan die bij een grippaal syndroom. Ook andere symptomen zoals mydriase, tranende ogen, rinorree, pilo-erectie, anorexie, nausea, braken en diarree kunnen optreden. Gedehydrateerde patiënten of patiënten met een slechte algemene toestand lopen een groot risico op fatale afloop⁵⁶.

Het gebruik van geneesmiddelen met opiaten bij chronische pijn stelt de patiënt bloot aan ongewenste effecten zoals nausea, constipatie, slaperigheid. Deze effecten zijn ook aanwezig als deze middelen worden gebruikt in gevallen waarvoor ze niet zijn voorgeschreven.

Psychosociale complicaties

Geneesmiddelenmisbruik heeft voor patiënten gevolgen op wettelijk, economisch of sociaal vlak. Patiënten zijn dan vaak

niet in staat hun professionele, huishoudelijke of sociale activiteiten uit te oefenen, als gevolg van hun geneesmiddelenmisbruik ⁵⁷.

Evaluatie van geneesmiddelenmisbruik

Opsporing (screening)

Er zijn verschillende opsporingstests beoordeeld, in vaak specifieke domeinen.

Identificatie risicopersonen (misbruik of afhankelijk van alcohol of ander middel)

De Two-Item Conjoint Screening (TICS) test, die misbruik van of afhankelijkheid van alcohol of een ander middel opspoorde, werd bij 434 patiënten tussen 18 en 59 jaar oud in de eerstelijnszorg geëvalueerd. De test omvat twee vragen: 'Hebt u het voorbije jaar meer gedronken of meer geneesmiddelen ingenomen dan u wilde?' en 'Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken of geneesmiddelen nemen?' De afwezigheid van een positief antwoord komt overeen met een risico op een middelgebonden probleem van 7,4%, een positief antwoord met een risico van 45% en twee positieve antwoorden met een risico van 75%. Deze opsporingstest is gemakkelijk te realiseren en kan aanbevolen worden in de huisartsgeneeskunde (Grade C) ⁵⁸.

Meerdere huisartsen werden geraadpleegd en meenden dat deze test goed aangepast is, en gemakkelijk te onthouden is om in de dagelijkse praktijk te gebruiken.

Identificatie risicopatiënten (middelenmisbruik)

De Screening Tool for Addiction Risk (STAR) is een vragenlijst voor zelfevaluatie, die 14 vragen omvat, met een antwoord waar/niet waar. Hij werd geëvalueerd in een kleine geselecteerde steekproef van 48 patiënten met chronische pijn van wie 30% beantwoordde aan de criteria van DSM-IV voor middelenaafhankelijkheid. Een factoriële analyse toont een nauw verband tussen verslaving en roken, het belangrijk vinden zijn rookgedrag en een vroegere opname in een instelling voor het behandelen van een geneesmiddelen- of alcoholafhankelijkheid. Deze test lijkt op zich niet zinvol in de huisartsenpraktijk, maar nodigt wel uit om erg voorzichtig te zijn om bij rokers en alcoholici (actieve of ex-) geneesmiddelen die tot verslaving kunnen leiden voor te schrijven ⁵⁹.

Identificatie risicopatiënten

(opiatenaafhankelijkheid bij chronischepijnbehandeling)

De Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain (SOAPP) werd uitgewerkt en geëvalueerd bij patiënten met

chronische pijn die hiervoor langdurig worden behandeld met opiaten. Van de 24 oorspronkelijk voorgestelde items, over psychiatrische aandoeningen, psychosociale problemen, levenshygiëne, een anamnese van misbruik van middelen, de relatie met de arts-voorschrijver, de houding ten aanzien van geneesmiddelen, antisociaal gedrag, werden 14 items gevalideerd als discriminerend. Deze test dient nog gevalideerd worden bij andere populaties dan die van het onderzoek (patiënten uit een ziekenhuis voor pijnbestrijding) ⁶⁰.

Gebruik van de CAGE-vragenlijst

De CAGE-vragenlijst (zie tabel 3) is één van de vragenlijsten die wordt gebruikt voor het identificeren van alcoholafhankelijkheid. Hoewel meerdere auteurs voorstellen om een eventueel geneesmiddelenmisbruik op te sporen met deze vragenlijst, vonden we geen onderzoek dat dit bevestigde. Wel bleek de CAGE doeltreffend in een onderzoek waarbij de vragenlijst gebruikt werd in het kader van een vorming (in werkgroepen) van voorschrijvers met betrekking tot het opsporen van geneesmiddelenmisbruik, gevolgd door een interventie ⁶¹. De detectie zou doeltreffend zijn wanneer bij aanwezigheid van een kans op geneesmiddelenmisbruik er geen risicogeneesmiddel wordt voorgeschreven. Verdere evaluatie van deze patiënten is echter nodig om de werkelijke doeltreffendheid van deze detectie te beoordelen. Er bestaat geen onderzoek dat conclusies op dit domein toelaat.

Diagnose

Het concept van afhankelijkheidsyndroom werd ontwikkeld voor alcoholgebruikers. Het toepassen ervan voor een onaangepast gebruik van andere middelen is omstreden, behalve voor opiaten of benzodiazepines ⁶². De volgende diagnostische criteria werden behouden:

DSM-IV-criteria voor middelengerelateerde stoornissen **Criteria van afhankelijkheid van een middel**

Onaangepast gebruik van een middel dat leidt tot een – klinisch significante – functionele verandering of lijden, gekenmerkt door de aanwezigheid van drie (of meer) van de volgende symptomen, op een of ander moment in een continue periode van twaalf maanden:

- 1) tolerantie, bepaald door een van de volgende symptomen:
 - a) behoefte aan opmerkelijk grotere hoeveelheden van het middel om een intoxicatie of gewenst effect te bereiken,
 - b) opmerkelijk verminderd effect bij continu gebruik van een zelfde hoeveelheid van het middel.

Tabel 3: CAGE-vragenlijst.

Cut down	Hebt u de behoefte gevoeld om uw alcoholgebruik te verminderen?
Annoyed	Is het al gebeurd dat commentaar over uw alcoholgebruik u irriteerde?
Guilty	Hebt u zich al schuldig gevoeld bij het drinken van alcohol?
Eye opener	Gebeurt het soms dat u alcohol drinkt bij het opstaan?

- 2) verslaving gekenmerkt door een van de volgende verschijnselen:
 - a) karakteristiek syndroom van verslaving aan het middel (zie de criteria A en B van de verslavingscriteria voor een specifiek middel),
 - b) hetzelfde middel (of een nauw verwant middel) wordt genomen om de symptomen van verslaving te verlichten of te vermijden,
- 3) het middel wordt vaak in grotere hoeveelheden genomen of gedurende een langere periode dan voorzien,
- 4) er is een aanhoudend verlangen, of vruchteloze pogingen, om het gebruik van het middel te verminderen of onder controle te houden,
- 5) er wordt veel tijd besteed aan activiteiten om het middel te verkrijgen (bijvoorbeeld bij veel artsen op raadpleging gaan of zich verplaatsen over lange afstanden), om het product te gebruiken (bijvoorbeeld roken zonder ophouden), of om weer op krachten te komen na de effecten ervan,
- 6) sociale of professionele activiteiten of belangrijke vrijetijdsbestedingen worden opgegeven of op een laag pitje gezet door het gebruik van het middel,
- 7) het gebruik van het middel wordt voortgezet hoewel de persoon zich bewust is van het feit dat hij een aanhoudend of terugkerend psychisch of fysiek probleem heeft dat veroorzaakt of verergerd wordt door het middel (bijvoorbeeld het gebruik van cocaïne voortzetten hoewel de persoon een cocaïnegebonden depressie toegeeft, of alcoholhoudende dranken blijven drinken hoewel de persoon het bestaan van een ulcus toegeeft die door het alcoholgebruik wordt verergerd).

Specificeren wanneer:

- Met fysieke afhankelijkheid: aanwezigheid van een tolerantie of verslaving (item 1 of 2).
- Zonder fysieke afhankelijkheid: afwezigheid van een tolerantie of verslaving (zowel item 1 als item 2).

Andere criteria werden bepaald door de CIM 10.

Criteria voor het misbruik van een middel

- 1) Onaangepast gebruik van een middel, wat een verandering van functies of klinisch significant lijden tot gevolg heeft, gekenmerkt door de aanwezigheid van minstens een van de volgende verschijnselen over een periode van twaalf maanden:
 - herhaald gebruik van een middel, leidend tot het onvermogen om zijn belangrijke verplichtingen te vervullen, op het werk, op school of thuis (bijvoorbeeld herhaalde afwezigheid of slechte prestaties op het werk door het gebruik van het middel afwezigheden, tijdelijke of definitieve uitsluiting uit de school, verwaarlozing van de kinderen of van huishoudelijke taken),
 - herhaald gebruik van een middel in situaties waarin dit fysiek gevaarlijk kan zijn (bijvoorbeeld een wagen besturen of machine bedienen terwijl men onder invloed is van het middel),

- herhaalde gerechtelijke problemen door het gebruik van een middel (bijvoorbeeld arrestaties wegens abnormaal gedrag gebonden aan het gebruik van het middel),
 - gebruik van het middel ondanks intermenselijke of sociale, aanhoudende of terugkerende, problemen die veroorzaakt of verergerd worden door de effecten van het middel (bijvoorbeeld discussies met de partner over de gevolgen van de intoxicatie, ruzies).
- 2) De symptomen hebben voor deze middelenklasse nooit aan de criteria voor afhankelijkheid van een middel beantwoord.

Criteria voor intoxicatie door een middel

- 1) Ontwikkeling van een omkeerbaar syndroom, specifiek voor een middel, door recente inname van (of blootstelling aan) dit middel. Nota bene: verschillende middelen kunnen gelijkaardige of identieke syndromen teweegbrengen.
- 2) Gedragmatige of psychische, onaangepaste, klinisch significante veranderingen te wijten aan de effecten van het middel op het centrale zenuwstelsel (bijvoorbeeld: agressiviteit, labiele stemming, cognitieve veranderingen, verandering van het beoordelingsvermogen, verandering van het sociale of professionele functioneren), die tijdens of kort na het gebruik van het middel optreden.
- 3) De symptomen zijn niet te wijten aan een algemene medische aandoening, en worden niet beter verklaard door een andere psychische stoornis.

Criteria voor verslaving aan een middel:

- 1) Ontwikkeling van een specifiek syndroom van een middel door het stopzetten (of verminderen) van langdurig en overvloedig gebruik van dit middel.
- 2) Het specifieke syndroom van het middel veroorzaakt een klinisch significant lijden of een verandering van het sociale of professionele functioneren, of het functioneren op andere belangrijke domeinen.
- 3) De symptomen zijn niet te wijten aan een algemene medische aandoening, en worden niet beter verklaard door een andere psychische stoornis.

Opsporing/evaluatie van gedragingen wijzend op verslaving bij langdurig opiatengebruik

We vonden geen gevalideerde tests voor gebruik in de huisartspraktijk.

Evaluatie van de afhankelijkheidsgraad van benzodiazepines

De Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire (Bendep-SRQ) is een vragenlijst voor zelfevaluatie van de afhankelijkheidsgraad van benzodiazepines. Vergeleken met onder andere de criteria uit DSM-III-R et CIM-10 lijkt deze test valide om toe te passen in de ambulante huisartsgeneeskundige of psychiatrische zorg⁶³. We kunnen op basis van deze publicatie geen uitspraken doen over haalbaarheid en uitvoerbaarheid van deze test in de huisartsenpraktijk⁶⁴.

Klinische benadering

De arts moet meer aandacht schenken aan het risico op misbruik wanneer hij geneesmiddelen voorschrijft die dit misbruik kunnen teweegbrengen, vooral bij risicopatiënten. In deze situaties moet hij regelmatig het risico op verslaving evalueren (zie opsporing). De arts moet ook alerter zijn voor bepaalde gedragingen van de patiënt waaruit een eventueel misbruik van middelen kan blijken.

Een Britse richtlijn vermeldt volgende elementen in de klinische aanpak van een vermoeden van misbruik of afhankelijkheid van een middel (al dan niet verboden):

- elk dringend of acuut probleem behandelen,
- de inname van het geneesmiddel bevestigen (anamnese, klinisch onderzoek, urineanalyse),
- de graad van afhankelijkheid evalueren,
- de complicaties van geneesmiddelenmisbruik identificeren en risicogedrag evalueren,
- andere medische, sociale en psychische problemen identificeren,
- middelen voorstellen om de risico's te minimaliseren,
- de verwachtingen van de patiënt ten aanzien van een behandeling onderzoeken, evenals zijn motiveringsgraad voor verandering,
- het meest geschikte expertiseniveau om deze patiënt te behandelen (dit kan variëren in de tijd) met eventuele verwijzing (samen besproken beslissing, specialist, gespecialiseerde huisarts, psychosociale hulp),
- bepalen of een substitutiebehandeling noodzakelijk is ⁶⁵.

Anamnese

Het doel van de anamnese is zo goed mogelijk het gedrag van de patiënt ten aanzien van geneesmiddelengebruik te verduidelijken. Deze anamnese omvat:

- 1) reden voor raadpleging,
- 2) huidig en vroeger gebruik van geneesmiddelen: begin van het geneesmiddelenmisbruik, soorten en hoeveelheden genomen middelen, frequentie en toedieningsweg van de middelen, besef van overdosis, perioden van onthouding (zo ja motivatie, redenen van recidief), derivingsverschijnselen bij het niet nemen van het middel, kostprijs,
- 3) medische gegevens in verband met een misbruik van middelen: hepatitis, hiv-status, uitstrijkje, laatste menstruatie,
- 4) psychische gezondheid: psychiatrische stoornissen, depressie,
- 5) sociale elementen: familiale situatie, werk, sociale omgeving, financiële situatie, medeverslaving van een naaste,
- 6) antecedent van behandeling voor verslaving.

Evaluatie van de motivatie

Is de patiënt zich bewust van zijn misbruik, van zijn verslaving? Is hij bereid om te stoppen of het gebruik van het middel te veranderen, of om veranderingen in te voeren in

zijn leven? De arts moet een realistische, aanmoedigende houding aannemen op basis van de doelstellingen van de patiënt op korte, middellange en lange termijn.

Klinisch onderzoek

Het klinisch onderzoek is een belangrijk moment in het evaluatieproces. Het beoordeelt de gezondheidstoestand van de persoon, bevestigt de anamnese (tekenen van gebruik van andere middelen, van intoxicatie of ontwenning) en brengt complicaties van dit middelmisbruik aan het licht.

De arts moet vooral letten op klinische tekenen van een intoxicatie (specifiek voor het gebruikte middel) of van een ontwenning.

Evaluatie van de psychische gezondheid

De arts moet in het bijzonder letten op:

- het algemene gedrag van de patiënt: agitatie, angst, irritabiliteit (tekenen van intoxicatie of eventuele ontwenning),
- de al dan niet depressieve stemming van de patiënt, met een eventueel suiciderisico,
- de aanwezigheid van hallucinaties of verwarring.

Complicaties

De medische en psychosociale complicaties gebonden aan misbruik of afhankelijkheid van geneesmiddelen werden hierboven beschreven.

In geval van misbruik van een geassocieerd illegaal middel, moeten andere complicaties worden opgespoord:

- infectieuze: hepatitis B en C, HIV,
- lokale bij injectie: absces, cellulitis,
- algemene: ondervoeding, tandabsces, anemie.

Bijkomend onderzoek

Systematisch bijkomend onderzoek is niet nodig bij geneesmiddelenmisbruik, behalve als:

- zekerheid over misbruik van een middel noodzakelijk is; in dat geval kan een bloed- of urineafname worden voorgesteld, afhankelijk van het middel;
- misbruik van een illegaal middel langs intraveneuze weg is of werd genoemd, in dat geval moeten de volgende tests worden overwogen: hemoglobine, creatinine, leverenzymen, opsporing van hepatitis B en/of C, en van hiv.

Het is tevens belangrijk om klinische en biologische symptomen van dehydratie op te sporen.

Gespecialiseerde verwijzingen

Afhankelijk van zijn bekwaamheden op dat vlak moet de huisarts al dan niet de hulp inroepen van een arts of artsenteam gespecialiseerd in de behandeling van patiënten die (een) middel(en) misbruiken. Psychosociale bijstand biedt meestal extra hulp. Bij misbruik van opiaten of gelijktijdig misbruik van illegale middelen is een multidisciplinaire behandeling noodzakelijk. Als de patiënt het geneesmiddel inneemt omwille van pijn kan hij/zij het advies van een pijncentrum vragen.

Aanbeveling

De test Two-Item Conjoint Screening (TICS) omvat twee vragen 'Hebt u het voorbije jaar meer gedronken (alcoholhoudende dranken) of geneesmiddelen gebruikt dan u wilde?' en 'Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken en/of geneesmiddelen innemen (Grade C)'.

De diagnose wordt gesteld op basis van de criteria van DSM-IV of van CIM-10.

De arts moet meer aandacht schenken aan het risico op misbruik bij het voorschrijven van geneesmiddelen die tot misbruik kunnen leiden, vooral bij risicopatiënten. In deze situaties moet hij het verslavingsrisico regelmatig evalueren.

De arts moet ook alerter zijn voor bepaalde gedragingen van de patiënt waaruit een eventueel misbruik van middelen kan blijken.

Behandeling

De behandeling verschilt al naargelang het gebruikte geneesmiddel. De literatuur gaat vooral over opiaten die worden voorgeschreven in het kader van chronische pijn, en over benzodiazepines.

Opiaten

De multidisciplinaire behandeling (cognitief-gedragsmatige aanpak) van patiënten die opiaten gebruiken voor niet door kanker veroorzaakte pijn en die middelenmisbruik vertonen (geneesmiddel of andere), vermindert pijn, depressie en bevordert het stopzetten van het gebruik van opiaten (Grade B). De multidisciplinaire programma's worden ook gebruikt om de behandeling bij patiënten met een psychiatrische comorbiditeit opnieuw te omkaderen en de opiaten als pijnstillend middel te gebruiken. De realisatie van een contract patiënt/arts en patiënt/apotheker voor het verstrekken van geneesmiddelen is in deze aanpak geïntegreerd (Grade B) ⁶⁶.

Benzodiazepines

Ontwenning

Een geleidelijke vermindering van de doses is te verkiezen boven een plotse stopzetting van de behandeling (Grade A). Een progressieve ontwenning in tien weken is aangeraden (Grade A).

Het is niet aangewezen om van type benzodiazepine te veranderen (korte versus lange halfwaardetijd) vóór de progressieve vermindering van de doses (Grade A).

Het toevoegen van een geneesmiddel (Propranolol, Dothiepin, Buspiron, Progesteron of Hydroxyzine) is niet aangewezen (Grade A).

Carbamazepine kan veelbelovend zijn bij patiënten die hoge dagelijkse doses krijgen, maar de gebruiksvoorwaarden moeten nog op punt worden gesteld (Grade A).

Magnesiumaspartaat is niet efficiënter dan placebo (Grade B).

De cognitieve en psychomotorische prestaties van bejaarde mensen die het gebruik sinds meerdere jaren van benzodiazepines als hypnoticum stopzetten, verbeterden ten opzichte van die van hen die dit niet deden (Grade B).

Er is geen verschil in de dagelijkse duur en de kwaliteit van de slaap tussen de bejaarde patiënten die de hypnotica stopzetten en zij die dit niet deden (Grade B) ⁶⁷.

Het verzenden van een brief naar patiënten

Als de huisarts een brief (aanmanen tot stopzetten en voorstel voor raadpleging) stuurt naar langdurige gebruikers van benzodiazepines, daalt het aantal dagelijks voorgeschreven doses en het aantal patiënten dat benzodiazepines inneemt (Grade B). Een mogelijk knelpunt is de mening van de huisartsen in het veld: meerdere huisartsen menen dat het voor hen moeilijk realiseerbaar is om zelf een brief te versturen naar hun patiënten. Nochtans bewijst een studie dat deze strategie in België zeker haalbaar is ⁶⁸.

Het sturen van een herinneringsbrief brengt geen bijkomend voordeel (Grade B) ⁶⁹.

Antidepressiva

Volgens een expertenconsensus bestaat de behandeling van ontwenning uit

- het geven van een vorige dosis van het antidepressivum,
- het communiceren aan de patiënten dat de symptomen van tijdelijke aard zijn en
- het verderzetten van de progressieve ontwenning aan de behandeling ⁷⁰.

Het is eveneens aanbevolen om de patiënt nog eens te zien voor volledige remissie. Deze aanbevelingen stoelen echter niet op literatuurreferenties.

Antipsychotica

Het beleid bij ontwenningsverschijnselen van antipsychotica (indien licht van aard) bestaat uit het vervangen van het voor verslaving verantwoordelijke neurolepticum door een weinig krachtig antipsychoticum met een lange halfwaardetijd. Een expert stelt volgende keuze voor: sulpiride (Dogmatil R), quetiapine (Seroquel R) en levomepromazine (Nozinan R) ⁷¹. Nadien wordt een trage reductie van dit geneesmiddel voorgesteld (een jaar of meer) ⁷². Als de ontwenningsverschijnselen ernstig zijn, is ziekenhuisopname nodig.

Aanbeveling

Behandeling opiatenverslaving

- De multidisciplinaire behandeling (cognitief-gedragsmatige aanpak) van patiënten die opiaten nemen in het kader van een niet door kanker veroorzaakte pijn en die geneigd zijn tot misbruik van middelen (geneesmiddel of andere), vermindert pijn en depressie en bevordert het stoppen van de inname van opiaten (Grade 1B).
- In deze geïntegreerde aanpak is het maken van een contract patiënt/arts en patiënt/apotheker voor het verstrekken van geneesmiddelen doeltreffend (Grade 1C).

Bij verslaving aan benzodiazepines

- Een geleidelijke dosisreductie is te verkiezen boven een plotse stopzetting van de behandeling (Grade 1A).
- Een geleidelijke ontwenning in 10 weken is aangeraden (Grade 1A). Er is geen bewijs voor het nut om te veranderen

van type benzodiazepine (korte versus lange halfwaardetijd) vóór het geleidelijk verminderen van de doses.

- Het versturen van een brief door de huisarts (advies tot stopzetten en voorstel voor raadpleging) naar langdurige benzodiazepine-gebruikers, is doeltreffend in de reductie van het aantal dagelijks voorgeschreven doses en het aantal patiënten dat benzodiazepines inneemt (Grade 1B).
- Het deelnemen van artsen aan een opleiding over afhankelijkheidsproblemen verhoogt het aantal detectie-interventies, maar ook de verwijzingen van gediagnosticeerde patiënten naar een aangepaste behandeling (Grade 1C).

Bij verslaving aan antidepressiva

- Ontwenningssverschijnselen kunnen voorkomen bij het stopzetten van een behandeling tegen depressie. Een geleidelijke stopzetting wordt aanbevolen door experts, zonder wetenschappelijk bewijs hiervoor.

Bij verslaving aan antipsychotica

Ontwenningssverschijnselen kunnen voorkomen bij het stopzetten van een behandeling met antipsychotica. De gegevens uit de literatuur zijn onvoldoende om hierover aanbevelingen te doen.

Interventies van de overheid

Controle van voorschriften voor benzodiazepines

Het invoeren van een controlesysteem van de overheid voor voorschriften voor benzodiazepines doet het aantal voorschriften drastisch dalen, vooral bij niet-problematische gebruikers (Grade B) ⁷³.

Het verzenden van het voorschriftenprofiel van doelgroeppatiënten naar artsen

De informatie die naar de arts wordt verzonden over patiënten met een aanzienlijk geneesmiddelengebruik met mogelijkheid tot misbruik, heeft een invloed op de daling van voorschriften. Door artsen een voorschriftenprofiel te bezorgen van patiënten die verdacht worden van geneesmiddelenmisbruik, daalde het aantal voorschriften, het aantal verschillende voorschrijvers en de kostprijs voor de gezondheidszorg (Grade B) ⁷⁴.

Geïntegreerde zorgverlening

Er is geen verschil van resultaten tussen geïntegreerde zorgverlening op dezelfde plaats en onafhankelijke zorgverlening zonder coördinatie met betrekking tot de resultaten van het onthoudingspercentage, behalve in een subgroep met een geassocieerde pathologie (Grade B) ⁷⁵.

Familiale therapie

Een multidisciplinaire aanpak (psychologische therapie, ondersteuning van een maatschappelijk werker, medische zorgen) lijkt heilzaam voor patiënten met middelenmisbruik, voor hun familie en voor de betrokken hulpverleners (Grade C) ⁷⁶.

Deelname van een apotheker aan het zorgnetwerk

Op basis van de ervaring met betrekking tot het afleveren van opiaatsubstituten en deelname aan een netwerk voor aanpak van afhankelijke patiënten, alsook deelname aan netwerken van medische microstructuren zoals in de Elzas, is aangetoond

dat de samenwerking tussen officina-apotheker en de zorgverleners binnen het netwerk zeer nuttig is, niet alleen voor het afleveren van het geneesmiddel, maar ook voor de begeleiding en oriëntatie van de patiënt, vooral in geval van moeilijkheden, onder andere veroorzaakt door het overmatig gebruik (geen precieze resultaten vermeld). Kennis van de verschillende interveniënten is een bijkomende troef voor de apotheker bij de oriëntatie van de patiënt in geval van behoefte aan het geneesmiddel; dit gebeurt steeds in overleg met de voorschrijvende arts, die zijn bevoorrechte gesprekspartner is ⁷⁷. Er werd echter geen enkele publicatie gevonden die een Grade aangeeft.

Voortgezette opleiding voor artsen

Deelnemen aan een opleiding over afhankelijkheidsproblemen verhoogt het aantal detecties en verwijzingen van patiënten. Als artsen deelnemen aan een opleiding over afhankelijkheidsproblemen, stijgt het aantal opsporingsinterventies, evenals het aantal verwijzingen van gediagnosticeerde patiënten naar een aangepaste zorgverlening (Grade B) ⁷⁸.

Opvolging

Onze zoektocht in de literatuur leverde geen precieze evaluaties op die ons in staat stellen om aanbevelingen voor opvolging te formuleren.

Preventie

Wat zijn de preventieve maatregelen voor geneesmiddelenmisbruik en wat zijn de bewijzen voor hun efficiëntie?

- 1) De kennis van situaties of pathologieën met de grootste kans op geneesmiddelenmisbruik is een eerste noodzakelijke element voor een preventie. De arts moet vooral aandacht hebben voor de ruime waaier aan chronische pijnen, waaronder chronische rugpijn.
- 2) Het evalueren van de risico's bij een patiënt in het bijzonder is het tweede element.
- 3) Een derde element kan het aannemen van een enigszins terughoudende houding zijn ten opzichte van het voorschrijven van geneesmiddelen met een potentieel misbruik. Een auteur stelt de volgende voorzorgsmaatregelen voor ⁷⁹:
 - zich vergewissen van de klinische indicatie en de noodzaak van het geneesmiddel,
 - de doelstellingen van de behandeling duidelijk bepalen,
 - het voorschrift beheren door het te noteren in het patiëntendossier,
 - het gelijktijdig voorschrijven van andere risicogeneesmiddelen vermijden,
 - een hernieuwingsvoorschrift buiten elk gepland bezoek voor controle van de evolutie of met het oog op de voortzetting van de behandeling vermijden.
- 4) Het vierde preventieve element is het op een correcte manier in aanmerking nemen en behandelen van de situatie/pathologie waarvoor het geneesmiddel is geïndiceerd en voorgeschreven. Deze aanpak steunt vooral op het rekening houden met de agenda van patiënt én met de agenda van de arts, en vervolgens op het therapeutische

onderricht en de motivatie van de patiënt⁸⁰. De aanpak steunt vervolgens op het gebruik van preventieve middelen en medicamenteuze of andere behandelingen, waarover in samenspraak met de patiënt wordt beslist. De gelegenheid om al dan niet een schriftelijk contract op te stellen met de patiënt en eventueel met een apotheek die de geneesmiddelen verstrekt, wordt geëvalueerd op basis van de relatie die zich instelt tussen arts en patiënt^{81,82}.

- 5) Het vijfde mogelijke element is de multidisciplinaire behandeling van de vragende patiënt. Een observatieonderzoek (dus niet vergelijkend) bij met opiaten behandelde patiënten voor een niet door kanker veroorzaakte chronische pijn in een academische huisartsensetting, toont echter een frequent optreden van geneesmiddelenmisbruik (32%) aan ondanks de omkadering van de patiënt door een multidisciplinair team (internisten, klinisch apothekers en psychiaters)⁸³.

- 6) Het zesde element is de beveiliging van blanco of ingevulde voorschriftformulieren met eventueel het gebruik van voorschriften langs elektronische weg⁸⁴.

Meerdere studies vermelden de noodzaak om een strikt kader te vormen voor het voorschrijven van geneesmiddelen die tot afhankelijkheid kunnen leiden⁸⁵.

Deze verschillende voorstellen worden opgemaakt door deskundigen. Ons literatuuronderzoek heeft ons niet in staat gesteld om een onderzoek te isoleren dat het bewijs leverde voor een preventieve efficiëntie van de voorgestelde maatregelen.

Verschillende preventieve maatregelen voor geneesmiddelenmisbruik worden in de literatuur voorgesteld. De efficiëntie van deze maatregelen wordt heel zelden geëvalueerd.

KERNBOODSCHAPPEN

Preventie

- Het bespreken met de patiënt van het verslavingsrisico en/of ontwenningverschijnselen met risicomedicatie zoals sedativa, tranquillizers, antidepressiva, antipsychotica, analgetica) wordt door vele experts en consensussen aanbevolen.
- De doeltreffendheid van deze maatregelen worden echter zelden geëvalueerd.

Detectie en diagnostiek

- De huisarts dient aandachtiger te zijn voor:
 - Het misbruikrisico bij potentieel verslavende medicatie, vooral bij risicopatiënten. In dergelijke situaties, zal de arts het verslavingsrisico regelmatig evalueren.
 - Bij specifieke gedragingen van patiënten die aanzetten tot het exploreren van een eventueel middelenmisbruik.
- Voor de identificatie van risicopatiënten kan de TICS test gebruikt worden. Deze omvat twee vragen: 'Hebt u het voorbije jaar meer (alcoholhoudende dranken) gedronken of geneesmiddelen genomen dan u wilde?' en 'Hebt u het voorbije jaar het verlangen of de noodzaak gevoeld om te stoppen met drinken of met geneesmiddelen innemen?' Met deze vragen kan misbruik van alcohol en/of van geneesmiddelen worden opgespoord (Grade 1C).
- De diagnostische criteria van middelenafhankelijkheid, middelenmisbruik, middelenintoxicatie en ontwenning aan een middel zijn vastgelegd in de DSM-IV (en de CIM-10 in geval van middelenafhankelijkheid) (Grade 1C).

Behandeling

Bij opiatenverslaving

- De multidisciplinaire behandeling (cognitief-gedragsmatige aanpak) van patiënten die opiaten nemen in het kader van een niet door kanker veroorzaakte pijn en die geneigd zijn tot misbruik van middelen (geneesmiddelen of andere), vermindert pijn en depressie en bevordert het stoppen van de inname van opiaten (Grade 1B).
- In deze geïntegreerde aanpak is het maken van een contract patiënt/arts en patiënt/apotheker voor het verstrekken van geneesmiddelen doeltreffend (Grade 1C).

Bij verslaving aan benzodiazepines

- Een geleidelijke dosisreductie is te verkiezen boven een plotse stopzetting van de behandeling (Grade 1A).
- Een geleidelijke ontwenning in tien weken is aangeraden (Grade 1A). Er is geen bewijs voor het nut om te veranderen van type benzodiazepine (korte versus lange halfwaardetijd) vóór het geleidelijk verminderen van de doses.
- Het versturen van een brief door de huisarts (advies tot stopzetten en voorstel voor raadpleging) naar langdurige benzodiazepinegebruikers, is doeltreffend in de reductie van het aantal dagelijks voorgeschreven doses en het aantal patiënten dat benzodiazepines inneemt (Grade 1B).
- Het deelnemen van artsen aan een opleiding over afhankelijkheidsproblemen verhoogt het aantal detectie-interventies, maar ook de verwijzingen van gediagnosticeerde patiënten naar een aangepaste behandeling (Grade 1C).

Bij verslaving aan antidepressiva

- Ontwenningverschijnselen kunnen voorkomen bij het stopzetten van een behandeling tegen depressie. Een geleidelijke stopzetting wordt aanbevolen door experts, zonder wetenschappelijk bewijs hiervoor.

Bij verslaving aan antipsychotica

- Ontwenningverschijnselen kunnen voorkomen bij het stopzetten van een behandeling met antipsychotica. De gegevens uit de literatuur zijn onvoldoende om hierover aanbevelingen te doen.

TOTSTANDKOMING

Auteurs

De auteurs van deze aanbeveling zijn P. Chevalier (huisarts), M. Debauche (neuropsychiater, Free Clinic Brussel), P. Dereau (psycholoog Free Clinic Brussel), D. Duray (huisarts), J. Gailly (huisarts), D. Paulus (huisarts), M. Vanhalewyn (huisarts).

De werkgroep aanbevelingen voor een goede praktijk van SSMG die deze aanbeveling heeft goedgekeurd, bestaat uit de volgende leden: G. Bruwier, P. Chevalier, J. Gailly, B. Gerard, S. Leconte, L. Niesten, D. Paulus, B. Timmermans, M. Vanhalewyn en A. Vanwelde.

De herwerkte aanbeveling werd op aanvaardbaarheid en toepasbaarheid beoordeeld door plaatselijke huisartsengroepen, twee in het Franstalige landsgedeelte (Eben-Emael en Mortier) en twee in het Nederlandstalige landsgedeelte (Koekelaere en Mortsel). Een vijftigtal huisartsen heeft deelgenomen aan de voorstelling van de aanbeveling en opmerkingen gegeven over de uitvoerbaarheid van de behandelingsstrategie in de praktijk. Op basis van de geformuleerde opmerkingen werd een definitieve versie opgesteld.

De aanbeveling werd door CEBAM (Centre of Evidence-Based Medicine) gevalideerd in januari 2009. Verantwoordelijke uitgever is SSMG, met zetel te 1060 Brussel, 8, Zwitserlandstraat.

Een herziening van deze aanbeveling volgens dezelfde methodologie is voorzien in 2013.

Methodologie

Klinische vraag - PICO

Patiënt raadpleegt huisarts.

Interventie: ter preventie, opsporing of behandeling van de afhankelijkheid van geneesmiddelen (behalve illegale drugs).

Comparison: geen interventie, 'gebruikelijk' voorschrift van geneesmiddelen.

Outcome: afhankelijke patiënten, ontwenning, gebruikte geneesmiddelen.

Literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek vond plaats in februari 2007. De gebruikte trefwoorden zijn: "Substance-Related Disorders" [MeSH] AND "Family Practice" [MeSH] AND "Prescriptions, Drug" [MeSH], substance-related disorders/ or amphetamine-related disorders/ or cocaine-related disorders/ or marijuana abuse/ or neonatal abstinence syndrome/ or opioid-related disorders/ or phencyclidine abuse/ or psychoses, substance-induced/ or substance abuse, intravenous/ or substance withdrawal syndrome, Family Practice, addiction, dépendance, Morphine Dependence/co, di, dt, pc, px, th [Complications, Diagnosis, Drug Therapy, Prevention & Control, Psychology, Therapy], opioid-related disorders/ or *substance withdrawal syndrome/, Analgesics, Opioid/ or *Opioid-Related Disorders/, Codeine/ ae, tu, to [Adverse Effects, Therapeutic Use, Toxicity], Amphetamine-Related Disorders/ or Amphetamines/, Barbiturates/ae, tu [Adverse Effects, Therapeutic Use], Benzodiazepines/ae, tu [Adverse Effects, Therapeutic Use], Substance-Related Disor-

ders/co, pc, dt, th [Complications, Prevention & Control, Drug Therapy, Therapy].

De geraadpleegde databases zijn Medline, Cochrane database of systematic reviews, Cochrane Central Register of Controlled Trials. Via Sumsearch en Guideline finder UK werd ook naar richtlijnen gezocht. De volgende sites werden geraadpleegd: Hoge Gezondheidsraad, New Zealand guidelines Group.

Een gedetailleerd protocol van de opzoekingen is beschikbaar op aanvraag (ssmg@ssmg.be).

De zoekactie leverde 1136 referenties op. Er werd geselecteerd op basis van titels en abstracts volgens de klinische vraag en de hierna gedefinieerde selectiecriteria. Er bleven nog 71 verwijzingen over voor het zoeken naar volledige teksten. Evidentietabellen met al deze artikels zijn beschikbaar op aanvraag (ssmg@ssmg.be).

Inclusiecriteria:

- Klinische relevantie dit wil zeggen afhankelijkheid van 'legale' geneesmiddelen (onderworpen aan voorschrift of vrij verkrijgbaar).
- Talen: Engels, Frans en Nederlands.
- Artikels gepubliceerd van 1996 tot februari 2007.
- Geneesmiddelen voorgeschreven aan gebruikers die afhankelijk zijn van illegale drugs, alcohol of roken.

Exclusiecriteria:

- Diagnostiek of behandeling van afhankelijkheid van illegale drugs, alcohol of roken.
- Behandeling van amfetaminenafhankelijkheid.
- Heroïne, marihuana, LSD, mescaline, cocaine.
- Methadonbehandeling.
- Soorten studies: letter, comments, news, editorial, narrative review.
- Andere taal dan het Engels, Frans of Nederlands.
- <30 patiënten/bestudeerde groep.

Financiering

De auteurs hebben geen banden met de farmaceutische industrie of andere belangengroepen. Belangenconflicten zijn niet gekend. De auteursgroep kon in alle onafhankelijkheid haar werk doen.

Deze aanbeveling kwam tot stand met de steun van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Deze aanbeveling is niet beïnvloed door opvattingen of belangen van deze financierende instantie.

Opmerkingen in verband met deze aanbeveling kunnen per e-mail gericht worden aan Sanne Vandenbosch, secretariaat Aanbevelingen: sanne.vandenbosch@domusmedica.be.

Totstandkoming

Deze aanbeveling kwam tot stand onder de coördinatie van de Commissie Aanbevelingen van Domus Medica vzw (dr. Marijke Avonts, dr. Hanne Cloetens, dr. Nicolas Delvaux, dr. An De Sutter, dr. Frans Govaerts, dr. Philip Koeck, dr. Peter Leysen, dr. Jan Michels, dr. Lieve Peremans, dr. Hilde Philips, Sanne Vandenbosch, dr. Nathalie Van de Vyver, dr. Esther van Leeuwen en dr. Paul Van Royen) en met de steun van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

Noten

noot 1

- Linden M, Bar T, Geiselman B. Patient treatment insistence and medication craving in long-term low-dosage benzodiazepine prescriptions. *Psychological Medicine* 1998;28:721-9.

noot 2

- Bayingana K, Demarest S, Gisle L, et al. Gezondheidsenquête door middel van Interview, België, 2004. Brussel: Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, Afdeling Epidemiologie, 2006. www.iph.fgov.be/epidemia/epinl/crospnl/hisnl/table04.htm

noot 3

- Folia Pharmacotherapeutica. Usage Rationnel des benzodiazépines. Octobre 2002. <http://www.cbip.be/PDF/Folia/2002/P29F10B.pdf>

noot 4

- Charpak Y, Favre I, Bloch J, et al. Dépendance, cumul, abus et détournement de médicaments: connaissances et attitudes des médecins libéraux d'Ile-de-France. *Rev Epidem et santé publ* 1999;47:239-47.

noot 5

- Kan CC, Breteler MH, Zitman FG. High prevalence of benzodiazepine dependence in out-patient users, based on the DSM-III-R and ICD-10 criteria. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:85-93.

noot 6

- Institut Scientifique de Santé Publique. Bruxelles : Enquête de Santé par interview (années 1997, 2001, 2004). <http://www.iph.fgov.be/epidemia/epifr/index4.htm> (laatst geraadpleegd op 14/02/2008).

noot 7

- Lemoine P. Médicaments psychotropes: le big deal? *Revue Toxibase*, Mars 2001. http://www.toxibase.org/Pdf/Revue/dossier_medicaments.pdf

noot 8

- Kan CC, Breteler MH, Zitman FG. High prevalence of benzodiazepine dependence in out-patient users, based on the DSM-III-R and ICD-10 criteria. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:85-93.

noot 9

- Barbui C, Gregis M, et al. A cross-sectional audit of benzodiazepine use among general practice patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;97:153-6.

noot 10

- Martell AM, O'Connor PG, Kerns RD et al. Systematic review: Opioid Treatment for Chronic Back Pain: Prevalence, Efficacy, and Association with Addiction. *Ann Intern Med* 2007;146:116-27.

noot 11

- Isaacson JH, Hopper JA, Alford DP, et al. Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags and prevention strategies. *Postgrad Med* 2005;118:19-26.

noot 12

- DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition, Masson; Editions 1996.

noot 13

- Haute Autorité de la Santé (HAS). Abus, dépendance et polyconsommations: stratégies de soins; audition publique. Paris 2007.

noot 14

- DSM-IV. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition, Masson; Editions 1996.

noot 15

- Kalivas VW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am J Psychiatry* 2005 Aug;162:1403-13.

noot 16

- Haute Autorité de la Santé (HAS). Abus, dépendance et polyconsommations: stratégies de soins; audition publique. Paris 2007.

noot 17

- Van Royen P. Grade. Een systeem om niveau van bewijskracht en graad van aanbeveling aan te geven. *Huisarts Nu* 2008;38:505-9.

noot 18

- Isaacson JH, Hopper JA, Alford DP, et al. Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgrad Med* 2005;118:19-26.

noot 19

- Martell AM, O'Connor PG, Kerns RD et al. Systematic review: Opioid Treatment for Chronic Back Pain: Prevalence, Efficacy, and Association with Addiction. *Ann Intern Med* 2007;146:116-27.

noot 20

- Martell AM, O'Connor PG, Kerns RD et al. Systematic review: Opioid Treatment for Chronic Back Pain: Prevalence, Efficacy, and Association with Addiction. *Ann Intern Med* 2007;146:116-27.

noot 21

- Furlan AD, Sandoval JA, Mailis-Gagnon A, et al. Opioids for chronic non cancer pain: a meta-analysis of effectiveness and side effects. *CMAJ* 2006;174:1589-94.

noot 22

- Isaacson JH, Hopper JA, Alford DP, et al. Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgrad Med* 2005;118:19-26.

noot 23

- Isaacson JH, Hopper JA, Alford DP, et al. Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgrad Med* 2005;118:19-26.

noot 24

- Adams EH, Breiner S, Cicero TJ, et al. A comparison of the abuse liability of Tramadol, NSAIDs, and hydrocodone in patients with chronic pain. *J of pain and symptom manage* 2006;31:465-76.

noot 25

- LRP. Toxicomanie au tramadol. *La Revue Prescrire* 2004;24:669.

noot 26

- Woody GE, Senay EC, et al. An independent assessment of MEDWatch reporting for abuse/dependence and withdrawal from Ultram (tramadol hydrochloride). *Drug & Alcohol Dependence* 2003;72:163-8.
- Hollingshead J, Dühmke RM, Cornblath DR. Tramadol for neuropathic pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Jul 19;3:CD003726.

noot 27

- Healy D. Psychiatric drugs explained. 4th edition Elsevier Churchill Livingstone edition. 2005.

noot 28

- NICE. Management of depression in primary and secondary care. NICE London 2004.
- Lepine JP et coll. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. AFSSAPS octobre 2006. www.afssaps.sante.fr

noot 29

- NICE. Management of depression in primary and secondary care. NICE London 2004.

noot 30

- Haddad PM. Antidepressant discontinuation syndromes. *Drug Saf* 2001;24:183-97.

noot 31

- Lepine JP et coll. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. AFSSAPS octobre 2006. www.afssaps.sante.fr

noot 32

- Haddad PM. Antidepressant discontinuation syndromes. *Drug Saf* 2001;24:183-97.
- Sanz EJ, De las Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet* 2005;365:482-7.

noot 33

- Niet vermeld in originele aanbeveling. Mogelijk Tranter R, Healy D. Neuroleptic discontinuation syndromes. *Journal of Psychopharmacology* 1998.

noot 34

- Hamel B, Courtet P, Vergnes C, et al. Prescription hospitalière de la rispéridone et de l'olanzapine : enquête et recommandations. *J Pharm Clin* 2000;19:187-93.

noot 35

- Isaacson JH, Hopper JA, Alford DP, et al. Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgrad Med* 2005;118:19-26.

noot 36

- Forgione DA, Neuenschwander P, Vermeer TE. Diversion of prescription drugs to the black market: what the states are doing to curb the tide. *J Health Care Finance* 2001;27:65-78.

noot 37

- Isaacson JH, Hopper JA, Alford DP, et al. Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgrad Med* 2005;118:19-26.

noot 38

- Frisher M, Crome I, Macleod J, et al. Substance misuse and psychiatric illness: prospective observational study using the general practice research database. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:847-50.

noot 39

- Cole BE. Recognizing preventing and medication diversion. *Fam Pract Manag* 2001;8:37-41.

noot 40

- Chabal C, Ervajec M, Jacobson L, et al. Prescription opiate abuse in chronic pain patients: clinical criteria, incidence, and predictors. *Clin J Pain* 1997;13:150-5.

noot 41

- Forgione DA, Neuenschwander P, Vermeer TE. Diversion of prescription drugs to the black market: what the states are doing to curb the tide. *J Health Care Finance* 2001;27:65-78.

noot 42

- American Medical Association. Balancing the response to prescription drug abuse: report of a national symposium on medicine and public policy. Chicago. American Medical Association, Department of Substance Abuse, 1990.

noot 43

- Haute Autorité de la Santé (HAS). Abus, dépendance et polyconsommations: stratégies de soins ; audition publique. Paris 2007.

noot 44

- Van Hulst R, Bakker AB, Lodder AC, et al. Determinants of change in the intention to use benzodiazepines. *Pharm World Sci* 2001;23:70-5.

noot 45

- Linden M, Bar T, Geiselmann B. Patient treatment insistence and medication craving in long-term low-dosage benzodiazepine prescriptions. *Psychological Medicine* 1998;28:721-9.

noot 46

- Bélanger L, O'Connor K, Harel F. Développement d'un instrument évaluant les attentes reliées à l'arrêt des benzodiazépines. *Santé mentale au Québec* 2003;28:103-20.

noot 47

- Folia Pharmacotherapeutica. Usage Rationnel des benzodiazépines. Octobre 2002. <http://www.cbip.be/PDF/Folia/2002/P29F10B.pdf>

noot 48

- Haute Autorité de la Santé (HAS). Abus, dépendance et polyconsommations: stratégies de soins ; audition publique. Paris 2007.

noot 49

- Withdrawing patients from antidepressants. *Drug Ther Bull* 1999;37:49-52.

noot 50

- Haddad P. The SSRI discontinuation syndrome. *J Psychopharmacol* 1998;12:305-13.
- Zajecka J, Tracy KA, Mitchell S. Discontinuation symptoms after treatment with serotonin reuptake inhibitors: a literature review. *J Clin Psychiatry* 1997;58:291-7.

noot 51

- Centre de Pharmacovigilance, Syndrome de sevrage et convulsions après traitement par la venlafaxine. *Folia Pharmaco* 1999.

noot 52

- Withdrawing patients from antidepressants. *Drug Ther Bull* 1999;37:49-52.

noot 53

- Lepine JP et coll. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. AFSSAPS octobre 2006. www.afssaps.sante.fr

noot 54

- Niet vermeld in originele aanbeveling. Mogelijk Tranter R, Healy D. Neuroleptic discontinuation syndromes. *Journal of Psychopharmacology* 1998.

noot 55

- Hamel B, Courtet P, Vergnes C, et al. Prescription hospitalière de la rispéridone et de l'olanzapine : enquête et recommandations. *J Pharm Clin* 2000;19:187-93.

noot 56

- Kosten TR, O'Connor PG. Management of drug and alcohol withdrawal. *NEJM* 2003;18:1786-95.

noot 57

- Savage S, Covington EC, Heit HA, et al. Définitions related to the use of opioids for the treatment of pain: a consensus document from the American Academy of Pain Medicine, the American Pain Society, and the American Society of Addiction Medicine. www.ampainsoc.org/advocacy/opioids2.htm

noot 58

- Brown RL, Leonard T, Saunders LA. A two-item screening test for alcohol and other drug problems. *J Fam Pract* 1997;44:151-60.

noot 59

- Friedman R, Li V, Mehrotra D. Treating pain patients at risk: evaluation of a screening tool in opioid treated pain patients with and without addiction. *Pain Medicine* 2003;4:182-5.

noot 60

- Butler SF, Budman SH, Fernandez K, et al. Validation of a screener and opioid assessment measure for patients with chronic pain. *Pain* 2004;112:65-75.

noot 61

- Brown RL and Fleming MF. Training the trainers: substance abuse screening and intervention. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1998; 28:137-46.

noot 62

- Lingford-Hughes AR, Welch S, Nutt D.J. Evidence-Based Guidelines for the Pharmacological Management of Substance Misuse, Addiction and Comorbidity: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2004;18:293-335.

noot 63

- Kan CC, Breteler MHM, Van der Ven AHGS, et al. Cross-validation of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in outpatient benzodiazepine users. *Comprehensive psychiatry* 2001;42:433-9.

noot 64

- Kan CC, Breteler MHM, Van der Ven AHGS, et al. Cross-validation of the benzodiazepine dependence self-report questionnaire in outpatient benzodiazepine users. *Comprehensive psychiatry* 2001;42:433-9.

noot 65

- DOH. Drug Misuse and dependence – Guidelines on clinical management. Department of health (Scotland, Northern Ireland 1999).

noot 66

- Alleen de studies die op voorschrift verstrekte opiaten evalueren, werden weerhouden. De opvolging en ontwenning van patiënten die vooral illegale drugs namen, komt hier niet in aanmerking. In het kader van hun chronische pijn worden deze patiënten soms wel behandeld met opiaten. In dat geval worden ze wel opgenomen in de studies. De studies maken geen onderscheid tussen patiënten die zwakke opiaten gebruiken (tramadol, propoxyfen, codeïne) en patiënten die krachtige opiaten gebruiken (morphine, oxycodon). Enkele studies gaan specifiek over tramadol.

Een prospectief onderzoek volgt een groep van 44 patiënten met niet door kanker veroorzaakte chronische pijn en afhankelijkheid (66% opiaten, 13% alcohol, 21% alcohol en opiaten/cannabis). Ze krijgen een ambulante pijnbehandeling van tien weken door een multidisciplinair team. De behandeling gebeurt in groepen van vijf tot negen personen met een cognitief-gedragsmatige aanpak gericht op het middelmisbruik en de preventie van herval. Na een jaar opvolging was de helft van de patiënten gestopt met het nemen van opiaten. Een verbetering van pijn en de stress, evenals een verminderd gebruik van geneesmiddelen werd eveneens gerapporteerd.

Een ander onderzoek betreft 85 patiënten behandeld met opiaten voor chronische niet door kanker veroorzaakte spier- en skeletpijnen, en met een psychiatrische comorbiditeit (depressie, alcohol of misbruik van middelen). De efficiëntie van een ambulant multidisciplinair programma (internist, klinisch apotheker en psychiater) werd beoordeeld door de resultaten te evalueren voor en na de behandeling. Het onderzoek toont een verbetering van pijn en depressie door de multidisciplinaire behandeling. Het programma streeft ernaar om (via een contract met een enkele voorschrijver en een enkele apotheker) het voorschrijven van opiaten bij deze patiënten opnieuw in evenwicht te brengen, maar niet stop te zetten. Tijdens het onderzoek vertoonden 27 (32%) patiënten een gedrag van middelmisbruik (gelijktijdig gebruik met illegale drugs, voorschriften van meerdere artsen, vervalsing van voorschrift). De auteurs dringen aan op de noodzaak van een opvolging van opiatenbehandelingen bij patiënten met een psychiatrische comorbiditeit.

- Currie SR, Hodgins DC, Crabtree A, et al. Outcome from integrated pain management treatment for recovering substance abusers. *J of Pain* 2003;4:91-100.
- Chelminski PR, Ives TJ, Felix KM, et al. A primary care, multidisciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of psychiatric comorbidity. *BMC Health Services Research* 2005;5:3. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/3>

noot 67

Een systematische Cochrane review betreft de behandeling van afhankelijkheid van benzodiazepines alleen bij ambulante patiënten. Alle studies tonen aan dat een geleidelijke dosisverlaging van de behandeling te verkiezen is boven een plotse ontwenning. Een geleidelijke ontwenning (in tien weken) lijkt verkiesbaar omdat het aantal tijdens onderzoek uit het oog verloren patiënten lager is en het proces meer aanvaardbaar wordt geacht door de deelnemers. Benzodiazepines met een korte halfwaardetijd, samen met een groter aantal uit het oog verloren patiënten, hebben geen hogere score van ontwenningssymptomen. Het nut van de overgang van een benzodiazepine met korte halfwaardetijd naar een benzodiazepine met een lange halfwaardetijd nog voor de geleidelijke verlaging van de doses, werd niet aangetoond. Behandelingen met propanolol, dothiepine, buspiron, progesteron of hydroxyzine brengt geen voordelen voor de behandeling van ontwenning noch om de onthouding van benzodiazepines te verhogen. Carbamazepine kan veelbelovend zijn als medicatie tijdens de ontwenning van benzodiazepines, vooral bij patiënten die dagelijkse doses nemen gelijk aan of hoger dan 20 mg diazepam (of gelijkwaardig). Het mogelijke voordeel van carbamazepine moet echter nog worden bevestigd door andere studies en de gebruiksvoorwaarden moeten nog op punt worden gesteld (Grade A).

Een onderzoek vergelijkt de efficiëntie van magnesium met die van placebo bij chronische gebruikers van benzodiazepines (lorazepam, alprazolam of bromazepam) en vindt geen verschil ten voordele van magnesium (Grade B).

Een RCT bestudeert 192 langdurige gebruikers (60% >10 jaar en 27% >20 jaar) van benzodiazepines als hypnotica. Het gaat om bejaarde patiënten in een huisartsenpraktijk in Londen. De 104 patiënten die willen stoppen, worden verdeeld in twee groepen. In groep A wordt in zes weken tijd een geleidelijke vermindering gerealiseerd, gevolgd door een placebo. In groep B blijft de gebruikelijke dosis gedurende twaalf weken behouden, vooraleer de doses geleidelijk worden verminderd. Patiënten die niet willen stoppen, vormen groep C.

Van alle patiënten die het onderzoek begonnen, slaagde 80% zes maanden later in de ontwenning. Er was geen verschil tussen de groepen A en B, maar deze groepen verschilden wel van groep C. De cognitieve en psychomotorische prestaties van de mensen die stopten, verbeterden na 24 en na 52 weken. We moeten opmerken dat er tussen de mensen die de hypnotica stopten en de mensen die dit niet deden geen verschil was

wat slaap (duur van de dag en analoge visuele schaal) en ontwenning-gebonden symptomen betreft (Grade B).

Enkele geraadpleegde huisartsen erkennen de haalbaarheid en de toepasbaarheid van een progressieve ontwenning gedurende tien weken. Ontwenning op maat van de patiënt via magistrale voorschriften zijn een therapeutische mogelijkheid die door enkele huisartsen wordt aangehaald. Maar de literatuur geen hiervoor geen wetenschappelijk bewijs.

- Denis C, Fatseas M, Lavie E, et al. Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. 2006 <http://gateway.uk.ovid.com/gw1/ovidweb.cgi>
- Hantouche EG, Guelfi JD, Comet D. α - β L-aspartate de magnésium dans l'arrêt de la consommation chronique des benzodiazépines: étude contrôlée en double aveugle versus placebo. *L'encéphale* 1998;24:469-79.
- Curran HV, Collins R, Fletcher S, et al. Older adults and withdrawal from benzodiazepine hypnotics in general practice: effects on cognitive function, sleep, mood and quality of life. *Psychological medicine* 2003;33:1223-37.

noot 68

- De Meyere M. Benzodiazepines: afbouw in de huisartspraktijk. *Tijdschr Geneesk* 1993;49:1621-9.

noot 69

Verschillende observatiestudies evalueren de verzending van een brief door de huisarts naar zijn patiënten die sinds meerdere jaren benzodiazepines gebruiken.

Een prospectief gecontroleerd onderzoek bestudeert de verzending van een brief, waarin een onderbreking van de behandeling wordt aanbevolen. Na drie maanden wordt een tweede brief gestuurd met een voorstel voor een evaluatieraadpleging over het gebruik van benzodiazepines. Ze worden verstuurd naar 1 707 langdurige gebruikers versus een controlegroep van 1 821 patiënten die de gebruikelijke zorgverlening krijgen. Na 21 maanden bedroeg het aantal dagelijks voorgeschreven doses 26% in de proefgroep en 9% in de controlegroep (verschil 12,5; 95%-BI: 8,2-16,8). In de proefgroep nam 13% van de patiënten geen enkele benzodiazepine tijdens de duur van het onderzoek, tegenover 5% in de controlegroep (RR= 2,6; 95%-BI: 1,8-2,4) (Grade B).

In Groningen werd een gelijkaardig onderzoek verricht. De artsen van 19 huisartsenpraktijken stuurden een brief naar 1 343 patiënten aan wie in een jaar tijd 180 dagelijkse doses benzodiazepines werden voorgeschreven. De brief informeerde de patiënten over de risico's van een langdurig gebruik van benzodiazepines en gaf de raad om het gebruik ervan te verminderen of te stoppen. Hij bevatte eveneens een uitnodiging voor een bezoek om erover te praten. De artsen van zes van deze praktijken stuurden zes maanden later ook een herinnering. Er werden ook twee controlegroepen gevolgd, een met 37 artsenpraktijken (2 932 betrokken patiënten) en een met 91 praktijken (4 562 patiënten). Van de patiënten die de brief kregen, kreeg 11,3% (95%-BI: 9,6-13,1) geen enkel voorschrift voor benzodiazepines in de periode van zes maanden tot één jaar na de verzending, tegenover 5,4% (95%-BI: 4,6-6,3) in een controlegroep en 4,9% (95%-BI: 4,2-5,5) in de andere controlegroep. De gemiddelde daling van het aantal voorschriften bedroeg 13% (95%-BI: 9,9-15,1) in de interventiegroep, tegenover 3% (95%-BI: 0,1-4,1 en 1,5-4) in de beide controlegroepen. Het sturen van een herinneringsbrief zes maanden later heeft de resultaten niet verbeterd (Grade B).

- Gorgels WJ, Oude Voshaar RC, Mol AJ, et al. Predictors of discontinuation of benzodiazepine prescription after sending a letter to long-term benzodiazepine users in family practice. *Family Practice* 2006;23:65-72.
- Niessen WJ, Stewart RE, Broer J, et al. Reduction in the consumption of benzodiazepines due to a letter to chronic users from their own general practitioner. *Ned Tijdschr Geneesk* 2005;149:356-61.

noot 70

- Lepine JP et coll. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. AFSSAPS octobre 2006. www.afssaps.sante.fr

noot 71

- Healy D. Psychiatric drugs explained. 4th edition Elsevier Churchill Livingstone edition, 2005.

noot 72

- Healy D. Psychiatric drugs explained. 4th edition Elsevier Churchill Livingstone edition, 2005.

noot 73

Een observatieonderzoek bestudeerde de effecten van een bewaking van de overheid over de indicatoren van al dan niet problematisch gebruik van benzodiazepines. Gedurende het vorige interventiejaar kreeg 20,2% van de patiënten in de interventiegroep minstens één voorschrift voor benzodiazepines (125 837 patiënten in New York) en 19,3% in de controlegroep (139 405 patiënten in New Jersey). De interventie was zowel gericht op artsen als op patiënten. Ze bestond in het opmaken van een voorschrift in drie exemplaren (Triplicate Prescription Program). Een exemplaar werd naar een bewakingseenheid van de overheid gestuurd. De invoering van deze maatregel toonde een snelle en blijvende efficiëntie. Het gebruik van benzodiazepines daalde met 54,8% (95%-BI: 51,4-58,3) in de groep in New York, tegenover geen enkele wijziging in de controlegroep. Deze daling deed zich vooral voor bij niet-problematische gebruikers van benzodiazepines.

- Ross-Degnan D, Simoni-Wastila L, Brown JS et al. A controlled study of the effects of state surveillance on indicators of problematic and non-problematic benzodiazepine use in a Medicaid population. *Int J Psychiatry Med* 2004;34:103-23.

noot 74

In een vergelijkend onderzoek werden van geneesmiddelenmisbruik verdachte patiënten opgespoord via indicatoren (aantal verschillende voorschrijvers, aantal verschillende apotheken, aantal verstrekte doses, geneesmiddel met risico op misbruik). Deze patiënten werden verdeeld in een controlegroep en een interventiegroep. Het volledige voorschriftenprofiel van patiënten van de tweede groep werd per post naar de voorschrijvende artsen gestuurd. Hierin werd de aandacht gevestigd op de kans op bijwerkingen voor deze patiënten. Er werd een opvolgingsprofiel gestuurd. Na twee jaar volgde een evaluatie. Het aantal voorschriften voor geneesmiddelen met een hoog potentieel misbruik en het aantal voorschrijvers per patiënt daalde met een significant verschil tussen beide groepen. De medische kosten daalden met ongeveer 15,5% ook significant ten opzichte van de controlegroep. Deze praktijk werd zwaar bediscussieerd: evenveel artsen waren zowel voor als tegen, enkelen waren akkoord indien de lijst werd bezorgd door de lokale apotheker maar niet door de overheid.

- Hoffman L, Enders JL, Pippins J, et al. Reducing claims for prescription drugs with a high potential of abuse. *Am J Health-Syst Pharm* 2003;60:371-4.

noot 75

Een Californisch onderzoek bestudeerde de geïntegreerde zorgverlening op een en dezelfde plaats voor primaire gezondheidszorg. Het betreft 592 volwassenen met een geschiedenis van middelenmisbruik (alcohol, marihuana, analgetica, narcotica, cocaïne, hypnotica/sedativa,...) behandeld voor de totaliteit van hun problemen, versus een gescheiden zorgverlening met verwijzingen naar externe gespecialiseerde centra zonder coördinatie. Er was geen verschil tussen de onthoudingspercentages van beide programma's (68% voor geïntegreerde zorgverlening en 63% voor onafhankelijke zorgverlening; $p=0,18$). Een subgroep van patiënten met medische aandoeningen gebonden aan het misbruik van een middel (depressie, wonden, overdosis, hypertensie, astma,...) had een beter resultaat bij de geïntegreerde zorgverlening (69% versus 55%; $p=0,06$).

- Weisner C, Mertens J, Parthasarathy S, et al. Integrating primary medical care with addiction treatment: a randomised controlled trial. *JAMA* 2001;286:1715-23.

noot 76

Een Amerikaanse richtlijn voor psychologen/ gedragstherapeuten, sociale werkers en therapeuten bezig met stoornissen als gevolg van middelenmisbruik, neemt in beschouwing alle interventies op niveau van de families van personen met middelenmisbruik. De familie wordt gedefinieerd als de omgeving van de persoon met wie hij zeer nauwe affectieve banden heeft. De term 'familiale therapie' wordt gebruikt om elke therapeutische benadering te omschrijven die gebaseerd is op het geloof in de doeltreffendheid van een evaluatie of een interventie op niveau van de familie. In het kader van middelenmisbruik zijn dat voornamelijk: een systemisch model, een cognitief-gedragsmatige aanpak, multidimensionale familiale therapie. Deze richtlijn is een door peers beoordeelde expertencensus en besluit dat dergelijke geïntegreerde aanpak doeltreffend is, zonder daarbij een van de modellen voorrang te geven maar te benadrukken dat de aanpak moet beantwoorden aan de noden van de familie,

aan de stijl en aan de voorkeuren van de therapeut en aan de realiteit van de therapeutische context. De winst die geboekt wordt zijn positieve therapeutische resultaten, een verhoogde kans op genezing, een betere ondersteuning voor herstel binnen de familie, een reductie van de impact van het middelenmisbruik op de verschillende generaties. Voor de zorgverleners situeert de winst zich op vlak van de verminderde weerstand van zulke patiënten, een toegenomen flexibiliteit in de werkplanning en de therapeutische aanpak, een verbetering van de competenties, en betere therapeutische resultaten. Er wordt in het document geen enkel niveau van bewijskracht aangegeven.

- CSAT Center for substance abuse treatment. Substance abuse treatment and family therapy. Rockville (MD): substance abuse and mental health services administration 2004.

noot 77

- Haute Autorité de la Santé (HAS). Abus, dépendance et polyconsommations: stratégies de soins; audition publique. Paris 2007.

noot 78

Een observatieonderzoek analyseert de veranderingen ingevoerd in huisartsenpraktijken één jaar nadat 165 artsen hadden deelgenomen aan een opleiding van vijf dagen over het opsporen en verwijzen van patiënten met een misbruik van middelen. De frequentie van raadplegingen voor een verslavingsprobleem steeg van 4,70 naar 12,1 per trimester ($p<0,01$). De verhouding patiënten die met de CAGE-vragen werden geëvalueerd met het oog op een opsporing steeg van 6,1 naar 24,2% ($p<0,01$). Het percentage patiënten met verslaving(en), die werden doorverwezen voor een specifieke behandeling, steeg van 44 naar 83% ($p<0,01$).

- Brown RL and Fleming MF. Training the trainers: substance abuse screening and intervention. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 1998;28:137-46.

noot 79

- Fishman SM, Bandman TB, Edwards A et al. The opioid contact in the management of chronic pain. *J Pain Syptom Manage* 1999;18:27-37.

noot 80

- Lussier MT, Richard C. Les fonctions de l'entrevue médicale et les stratégies communicationnelles dans la communication professionnelle en santé. Québec: Editions du Renouveau Pédagogique 2005.

noot 81

- Fishman SM, Bandman TB, Edwards A et al. The opioid contact in the management of chronic pain. *J Pain Syptom Manage* 1999;18:27-37.

noot 82

- Cole BE. Recognizing preventing and medication diversion. *Fam Pract Manag* 2001;8:37-41.

noot 83

- Cole BE. Recognizing preventing and medication diversion. *Fam Pract Manag* 2001;8:37-41.

noot 84

- Chelminski PR, Ives TJ, Felix KM, et al. A primary care, multidisciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of psychiatric comorbidity. *BMC Health Services Research* 2005;5:3. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/3>

noot 85

- Fishman SM, Papazian JS, Gonzalez S, et al. Regulating Opioid prescribing through monitoring programs: balancing drug diversion and treatment of pain. *Pain medicine* 2004;3:309-24.
- Chelminski PR, Ives TJ, Felix KM, et al. A primary care, multidisciplinary disease management program for opioid-treated patients with chronic non-cancer pain and a high burden of psychiatric comorbidity. *BMC Health Services Research* 2005;5:3. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/3>
- Isaacson JH, Hopper JA, Alford DP, et al. Prescription drug use and abuse. Risk factors, red flags, and prevention strategies. *Postgrad Med* 2005;118:19-26.
- Fishman SM, Bandman TB, Edwards A et al. The opioid contact in the management of chronic pain. *J Pain Syptom Manage* 1999;18:27-37.

Deze aanbeveling kwam tot stand onder de coördinatie van de Commissie Aanbevelingen van Domus Medica vzw (dr. Marijke Avonts, dr. Hanne Cloetens, dr. Nicolas Delvaux, dr. An De Sutter, dr. Frans Govaerts, dr. Philip Koeck, dr. Peter Leysen, dr. Jan Michels, dr. Lieve Peremans, dr. Hilde Philips, Sanne Vandenbosch, dr. Nathalie Van de Vyver, dr. Esther van Leeuwen en dr. Paul Van Royen) en met de steun van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.

© **Domus Medica vzw**
Sint-Hubertusstraat 58
2600 Berchem

Tel. 03 425 76 76
Fax 03 218 51 84
E-mail: info@domusmedica.be

www.domusmedica.be